Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

The University of Chicago
Libraries

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift
für die gesamte
Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Organ des Hauptverbandes Deutscher Ortskrankenkassen.

Begründet von J. Schmitz; fortgeführt von Dr. P. Honigmann.

Unter Mitarbeit von Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe, Geh. Justizrat Hahn, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat und Vortr. Rat Dr. Hoffmann, Geh. Regierungsrat und Vortr. Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. Laß, Rat Dr. Olshausen, Geh. Rat Prof. Dr. Rosin, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher und anderen Fachmännern

herausgegeben von

A. Troschel.

---

30. Jahrgang. 1913.

Berlin-Lichterfelde 1914.
Verlag der Arbeiter-Versorgung.

Digitized by Google

THE
NEWBERRY
LIBRARY
CHICAGO

HD 7177
.A66
v.30

Das Register des 30. Jahrganges enthält gegen die früheren einige Neuerungen. Zunächst bringt das Gesetzesverzeichnis sämtliche in dem Jahrgange erwähnten oder wiedergegebenen Reichs- und Landesgesetze sowie auch die zu den Arbeiterversicherungsgesetzen ergangenen Bekanntmachungen, Verordnungen und Erlasse. Sodann hat die frühere Abteilung „Mitteilungen, Statistik" eine andere Überschrift erhalten und ist, soweit dies möglich war, gegliedert, so daß sie eine bessere Übersicht gewährt. Endlich hat die bisherige Abteilung „Chronologisches Verzeichnis" eine neue Bezeichnung und eine durchgreifende Umgestaltung erfahren, die es ermöglicht, leicht eine Entscheidung zu finden.

Wir hoffen, den Lesern unserer Zeitschrift dadurch deren Benutzung erheblich bequemer gemacht zu haben.

Digitized by Google

679652

Übersicht

derjenigen Gesetze, Verordnungen, Bekanntmachungen, Erlasse usw., die im Jahrgange 1913 wiedergegeben oder aus denen Vorschriften erörtert sind.

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
A. Arbeiterversicherungsgesetze.					
I. Krankenversicherungsgesetz vom 25. Mai 1903 (RGBl. 233).					
1	61, 88, 90, 114, 155, 216, 239, 258, 311, 390, 434, 466 f., 528, 587, 707 f., 850.	I		5	93, 167, 251 f.
		Ziff. 1	22, 215 f., 224, 240.	6	365.
II 2	254, 392, 632.	II	119, 239 f., 336, 417.	27	36 f., 71, 120, 191, 216, 287, 310 f., 335, 384, 429, 480, 539 f., 585 f., 734, 828.
1—8	251.	8			
2	239, 390, 434, 667.	9	532.		
I		11	39, 191.	II	39.
Ziff. 2	96, 216.	16	93, 98, 101, 239, 254, 265, 275, 433 f., 817 f.	III	39, 192.
4	114.	III	113.	28	16 f., 21, 91, 96, 143, 197, 215 f., 222 f., 263, 286, 299, 311 f., 335, 384, 429, 431, 456, 480, 550, 586, 588, 600, 609, 734, 843.
6	632 f.	IV	344, 428.		
2b	59, 96, 677.	19	113, 120, 144, 167 f., 239, 286, 358, 433, 504, 812, 841 ff.		
3	167, 216, 299, 628.				
3a	96, 407 f., 862.	20	143, 238 f., 309, 754 f.	29	94.
I 2	96, 628, 862.	I		II	36, 168, 192, 263, 600.
III b	418.	Ziff. 1	15 ff., 157.	32	511.
4	90, 335, 720, 841 ff.	2	157. 264.	33	359, 511.
5	224, 254, 275, 393, 407, 744.	6	157.	34a	93, 95, 120, 216, 624.
		II	10 f., 59, 365.	35	23, 96.
5a	118, 120, 254, 297, 393, 407, 744, 838.	III	21, 72.	36	24, 100, 144, 320, 344.
		IV	696.		
6	15, 22, 131, 155, 193 ff., 198, 238, 240, 307, 312, 322 ff., 391, 407, 467, 504, 540 f., 659 f., 661 f., 672, 708, 733, 828, 841 ff.	21	288, 309, 551.	37	34.
		I		37 ff.	490.
		Ziff. 1a	491.	38	407, 768.
		3	24, 157.	38a	23, 120, 723.
		5	131, 156, 191.	39	407, 490 f.
I	48.	22	12, 511, 570.	40	96, 143, 480.
Ziff. 1	48, 93, 96, 198, 324, 456, 479, 797 f.	24	35, 624, 647.	41	477.
		26	239, 551, 820, 841 ff.	42	25, 143, 192.
2	77, 239, 383.	26a	60, 251, 287 f., 312, 526, 850.	43	98, 817 f.
6a	58 f., 393, 526.			44	35, 335.
I		II	575.	45	35, 72, 407, 657, 776.
Ziff. 2	260.	Ziff. 2	16 f., 65, 191, 215, 252, 260, 310, 336, 384, 393, 408, 656 f.	I	119, 168, 224, 252, 322 f., 373 f., 657, 732 f.
3	526, 563.			V	22, 167.
6	27.	2a	310, 465, 480.	VI	72, 224, 373.
7	15 f., 48, 96, 131, 193 ff., 216, 309 ff., 323, 456, 504, 539 ff., 659 f., 677 f., 733 f., 748.	2b	27, 224, 240, 311, 465, 586, 719.	47	435.
		Ziff. 3	94, 144, 526, 563.	48a	840.
		4	842.		

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
49	118, 120, 336, 374, 384, 390 f., 539, 798.	IV	260, 264, 336, 384, 512, 647.	74	67, 551, 598.
50	89, 155 f., 239, 335, 384, 494, 631, 633, 743 f., 777, 798, 813.	V	17, 22, 132, 238, 321 f., 336, 437, 512, 540, 797 f.	75	178, 251, 358, 504, 599, 603, 647, 735, 813.
52	90, 119 f., 335 f., 359, 384, 742, 838.	57a	93, 96, 192, 197 f., 224, 274, 310, 456, 610 f.	75 ff.	598.
53	47, 467, 742.	57b	120, 392, 864.	75a	358, 384, 456, 599, 646, 816.
53a	72.	58	16, 38, 67, 132, 135, 146, 197, 222, 224, 226, 312, 397, 469, 562, 657 f.	75b	456.
54	432.			76	647.
54a	95, 118 f., 143, 263 f., 486 f., 429, 431, 454, 550, 586, 792, 839.	I	323, 359, 456, 575, 610, 733.	76a	717.
		II	71 f., 384, 456.	76c	159, 168, 238, 354, 476, 561.
55	23.	60	298.	76e	383.
56	71, 95, 191.	61	570.	78a	88, 609.
56a	27.	63	95, 392 f., 841 ff.	79	477.
57	17, 34, 67, 95, 119, 144, 191, 216, 238 f., 239, 274, 437, 458, 539 f., 660, 813, 845, 864.	64	16, 17, 61, 144, 287.	80	95, 179, 240.
		65	61, 392.	81	23, 360, 384, 390 f.
		67a	35 f., 298.	82	179.
		67c	298.	82a	118, 467, 798.
II	71, 156, 275, 416, 588, 608, 797.	68	288.	82b	23, 156, 432, 467, 741.
		78	23, 72, 264, 598.	85	23, 382, 406, 485.

II. Hilfskassengesetz

vom 7. April 1876 (RGBl. 125) S. 598.

III. Gesetz betreffend die Aufhebung des Hilfskassengesetzes

vom 20. Dezember 1911 (RGBl. 985) S. 8, 862.

2	94.	6	455.	21	766.
5	94.	9	816.		

IV. Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz

vom 30. Juni 1900 (RGBl. 335).

1	62, 192, 225, 239, 348, 419, 596, 612, 632 f., 638, 681, 785 f., 851.	25	68, 239, 419, 479, 754 f., 826.	89	258, 589, 688.
		III	48.	90	589.
2	596, 785.	25 ff.	21 f.	91	589.
3	135, 468 f., 688 f., 681, 800.	26	419, 607 f., 754.	93	589 f.
		27	607.	94	179, 382.
4		28	597.	95	332, 630.
5	638, 800.	30	67.	96	133 f.
6	64, 105 f., 336.	43	331.	97	641.
7	255.	59	397.	110	330.
8	736.	61	397.	112	325.
9	239, 541, 611, 736.	62	67, 275.	122	331.
10	105, 109 f., 123 f., 255, 346.	69	503, 706.	125	133.
		70	382, 555, 837.	125—127	133.
II	59, 107.	71	315.	135	191.
III	89.	72	63, 441, 495, 688.	136	42, 133 f., 191, 325, 755.
IV	227, 663.	75		137	44.
11	418.	76	332, 589, 664.	140	13, 260, 755.
12	24, 157, 238, 288, 354, 455, 469, 662 f.	80	503, 706.	143	73 ff.
		87	641.	146	236.
13	226, 542, 853.	88	144, 148, 332, 334, 348, 394 ff., 440, 589, 641.	147	236 f.
14	72, 455, 469.				
18	324 ff.	88—92	332.		

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:

V. Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft

vom 30 Juni 1900 (RGBl. 641).

1	22, 62 f., 135, 543.	13	124.	94	144, 800.
2	135.	27	159, 237.	100	179.
10	95, 282, 357.	29	159.	151	13, 237.
12	95.	33	144.		

VI. Bau-Unfallversicherungsgesetz

vom 30. Juni 1900 (RGBl. 460).

1	564.	29	681 f., 830.	46	133 f.
5	681.	37	134, 179.		
23b	304.	41	133.		

VII. See-Unfallversicherungsgesetz

vom 30. Juni 1900 (RGBl. 716).

98	179.	153	225.		

VIII. Gesetz betreffend Abänderung der Unfallversicherungsgesetze

vom 30. Juni 1900 (RGBl. 573).

10	72, 464.	17	638.	27	255, 347, 778.

IX. Invalidenversicherungsgesetz

vom 13. Juli 1899 (RGBl. 393).

1	227 f.	37	565 f.	112	756, 760.
4	208, 234.	41	170, 295, 674 ff., 687.	113	18, 103, 442, 613 f.
5	181 f., 208, 685, 758, 780.	44	281, 696.	120	258, 315, 711.
6	508 ff., 801.	46	174, 256 f., 289 ff., 444, 565	128	18.
9	103.			135	542.
14	209, 760.	47	104, 333, 423, 516.	140	408, 650.
15	103 f., 442, 614, 780.	49	441, 826.	142	
16	780.	50	441, 444.	144	408, 650.
18	71, 135, 264, 273 f, 398, 407, 442, 467, 492, 571, 656, 845.	52	44?, 565.	145	760.
		54	260, 326 f.	146	257, 349, 687, 759.
		55	326 f.	147	761.
21	18.	61	195.	148	759 f.
22	516.	64	195, 399.	155	171, 408, 509, 684, 801.
23	135 f., 349 f., 398, 442.	68	468.	161	360, 496, 772, 775.
24	59.	72	479.	161—163	
27	650.	76	103.		233.
28	756, 759.	76—78	233.	168	408 518, 666, 683.
29	759.	79—86	233.	178	496.
30	780.	98	810.	193	257, 289, 291.
34	414, 686, 856.	107	464.		
36	565.	110	443.		

X. Einführungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung

vom 19. Juli 1911 (RGBl. 839).

Art. 1	21, 72, 186, 196, 399, 408, 464, 490, 491, 502 f., 534, 551, 660.	2	14, 21, 135 f., 280, 397 ff., 441 ff., 445, 607.	5	21, 72, 441, 469.
		4	34, 480, 661, 744.	6	256, 258, 291, 396, 408.
				7	135, 230, 399.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
Art. 8	195, 367, 470.
10	144, 531.
14	269, 429, 529 ff., 660, 720.
15	24, 48, 98 ff., 119, 144, 168, 266 f., 272, 318 ff., 321, 343 ff., 382, 393, 412, 428, 434, 479, 490, 500, 503, 534, 536 ff., 551, 559 f., 562, 635, 637, 817 ff., 821 ff.
16	177.
17	101, 200, 319, 343, 382, 405, 433 f.
17 ff.	18 f., 118.
18	87, 191, 263, 491, 823.
19	87, 271, 343, 382, 405, 491, 746, 752, 823.
20	52, 94, 200, 272, 279, 310, 344, 415 f. 429, 535, 559.
21	100, 191, 199 f., 310, 343, 359, 382, 405, 429, 491, 746 f. 818, 822.
25	752 f.
26	823.
28	360.
29	383, 527, 646, 814, 825
30	354, 840, 863.
32	130 f., 336, 345, 359, 382, 531, 576, 641, 765, 792.
32 ff.	379, 791.
33	502.
34	672.
34—38	252
35	230, 672.
36	672.
38	252, 382, 408, 430, 503, 551, 648, 733.
39	130, 252, 383, 551.
43—63	623.
48	208.
56—59	73.
57	73.
58	73 f.
60	255, 292 ff., 326, 346 f., 354, 394, 515, 663, 688, 778 f., 852.
63	450.
65	18, 422 f., 737, 782.
66	782.
68	176, 687.
68—71	443.
69	228, 802.
71	209, 281, 300, 566, 758.
73	182, 208.
74	174 f., 688.
75	281, 696.
79	209, 256 ff., 277 f., 291 f., 327, 349, 420, 517 f., 557, 710.
80	279.
82	148.
84	21, 80.
85	135 f., 238, 259, 394, 397 f., 442 ff., 566, 688, 778.
86	135, 397, 441 ff., 503.
86—89	135.
87	135 f., 397 ff., 441 ff., 503.
88	94, 394.
89	589, 778.
94	230, 259, 442, 444.
100	34, 72, 87, 281, 538, 562, 625, 627, 635, 747, 778, 849 f.
104	357.
122	342 f.

XI. Reichsversicherungsordnung

vom 19. Juli 1911 (RGBl. 509).

1	343.
3	429.
5	28, 683.
7	783.
10	743.
11	509.
12	371, 509, 600.
12 ff.	579, 767.
13	467, 509, 576, 602, 604, 722 f., 743, 768, 779, 791, 816, 864.
14	604, 864.
15	330, 386.
16	480, 600.
17	369.
18	767.
19	767.
21	94, 144, 412, 429, 524, 551, 604 f., 767.
23	366, 536, 767.
24	791, 815.
28	585, 683.
29	782.
30	743.
35 ff.	705.
37	837.
38	705.
29	23, 408, 431.
30	497.
33	625 f.
35	458.
36	145, 694.
37	477 f., 585.
39	177, 261, 555, 694, 864.
40	168.
40 ff.	368.
41	369.
42	369 ff.
45	367.
47	371.
48	369.
49	369.
50	369, 600.
51	262.
53	262.
54	368, 373.
56	47.
57	47, 195 f.
58	178.
59	130, 177, 312, 382, 458 f., 694, 724, 726, 795, 800, 814.
60	607.
61	58, 146.
63	196.
64	386.
67	58.
71	462.
71 ff.	372.
73	372.
76	262, 373, 694.
79	100, 386, 602, 761.
80	18, 72, 118, 178, 250, 464, 728.
81	743.
83	272.
85	607.
86	607.
87	329, 607.
87—93	607.
94	104.
95	262.
96—99	607.
97	638.
98	443.
100	463.
101	502.
105	329.
110	26, 367, 372, 649.
111	177, 308.
114	177.
115	178, 360, 558, 585, 689, 693 ff., 700, 717 f., 776.
116	566, 717 f., 836.
117	178, 572, 585, 693 f., 726
119	95, 654 f., 756, 827.
122	27, 552, 805.
123	552.
125	408, 840.
128	100, 151, 174, 470, 497.
129	788.
130	509, 626.
131 ff.	475.
132	552.
137	342.
139	95, 694, 765, 813.
140	765, 813.
141	767.
142	374, 717 f., 767.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
146	172.
147	173, 647.
148	647.
149	6, 123, 177, 634, 782.
149— 152	634, 670.
150	634.
151	123, 634.
153	687, 832 f.
153— 156	368.
154	297, 832 f.
155	120, 177, 832 f.
160	105 f., 108, 336, 528, 634, 805.
162	239, 600.
165	22, 191, 222, 275, 336, 514, 527, 648, 677, 743, 768, 782, 818 ff., 850.
165 ff.	552.
168	2, 678, 828, 848.
169	22, 177, 647, 815.
169— 171	722, 849.
171	768, 862.
172	177, 216, 238.
173	412 f., 510, 627.
174	412 f., 510.
175	468, 510.
176	22, 82, 238, 282, 310, 362, 368, 407, 412 f., 533, 742, 750, 815, 864.
177	837.
178	93, 181, 238, 604, 742, 750, 836 f.
179	286, 647.
180	6 f., 10 f., 365 f., 412, 414, 430, 456, 474, 512, 570, 647, 670, 743, 863.
181	6 f., 751, 793, 796.
182	94, 122, 132, 366, 454 f., 552, 647, 652, 670, 672, 807, 834, 841 ff.
184	132, 195, 307, 364, 438, 651, 653.
185	425 f., 671, 751.
185— 205	474.
186	24, 364, 417.
187	827.
188	526, 656 f.
189	432, 751.
191	22, 81, 84, 366, 455, 491, 647, 807.
192	260, 366, 807.
193	93, 412, 671, 744.
194	264.
195	7, 82, 95, 647, 838.
196	84, 425 f., 671, 751.
197	751.
198	84, 671.
199	84, 671.
200	85, 671.
201	270, 647.
202	647.
203	294, 675, 696.
204	270.
205	82, 132, 191, 363 f., 407, 425
206	841 ff.
207	528, 842.
208	842.
209	575.
210	749.
211	840.
212	436, 839 ff., 863.
213	363.
214	362, 364, 843.
215	238, 751, 863.
216	96, 264, 431.
219	456.
221	611.
222	751.
223	92, 190.
224	318.
225	286, 336, 368, 429, 776, 816, 836.
226	101, 119, 268, 272, 318, 335, 817.
226— 305	490.
226 ff.	100.
227	273.
227— 230	742.
228	33.
229	272 f., 393.
230	272 f.
231	47, 98 f., 119, 273, 319 f., 344, 412, 428, 720, 817.
232	48, 99 f., 119, 273, 319, 845, 820, 824 f.
233	48, 100, 272 f., 319, 824 f.
234	239.
235	825.
236	825.
237	383.
238	362, 720.
239	23, 93, 98, 143, 318 f., 406, 428, 433, 561, 821, 864.
239 ff.	99, 101 f., 344, 433, 489, 503, 818, 821.
239— 242	382, 428.
240	131, 266, 279, 318, 343 f., 474 f., 534 f., 559 ff., 636, 821 ff.
240 f.	22, 32, 48, 99.
240— 242	406.
240 ff.	101, 118.
241	33 f.
242	22, 48, 101, 265 ff., 279 f., 474, 561, 823.
243	383, 720.
244	720.
245	22, 33, 381, 393, 491, 720, 751, 793.
245 ff.	179.
247	381.
248	266 ff., 561, 636.
249	272.
250	191, 264, 720, 816.
251	177, 266 ff., 636.
252	191, 792.
254	272.
255	32 f., 266, 343 f., 534 f., 636.
256	264, 266, 343 f., 438, 534 f., 636.
258	533, 864.
259	52, 54, 57, 344, 415, 636.
259 ff.	414, 534.
260	415, 429, 479, 534 ff., 636 f.
261	52, 475, 534.
262	415, 479, 536.
263	52, 415, 535.
265	433, 768.
267	279 f., 527.
268	500.
269	406, 433, 535, 747.
270	179.
272	120.
273	747.
274	415, 416, 535, 747.
276	23.
279	433, 535, 747.
280	310, 436.
280— 284	120, 238.
280— 305	238.
281 ff.	527, 824 f.
282— 284	529.
283	529.
284	272, 310, 415, 529.
285	269, 742.
286— 297	269, 344, 839.
288	179, 533 f., 579, 768.
289	119, 436, 604.
290	71, 118, 131, 359, 382, 531, 580, 742, 765, 791.
292	577 ff.
293	269, 527, 816, 864.
293 ff.	850.
294	269 f., 530, 580, 752.
295	238, 527, 752.
296	751.
297	273.
298	101, 269, 344, 742 f., 839, 850, 864.
299	269, 344, 616, 850.
299— 305	238, 310.
300	71, 119, 239, 428, 530, 533 f., 604, 720, 816, 864.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
300 ff.	269.	351	71, 502, 600, 605, 743.	420 ff.	670.
300— 305	71, 345.	351 ff.	408.	421	5, 29, 751.
301	527, 531, 765, 768, 792.	352	647.	423	5, 7, 29, 412, 431, 751, 793.
302	94, 130, 359, 373, 382, 530, 576, 671, 765, 791 f.	353	71.	424	5, 7, 29.
		354	345, 430, 472, 503, 520, 647, 693, 733.	425	5, 751.
303	238, 527, 530 ff., 536, 561 616, 768, 816, 850.	355	71, 408, 491, 503, 751 f.	426	
		357	693.	426 ff.	5, 7.
304	530, 647, 740, 765, 791.	358	252 f., 430, 446, 526, 648, 792.	426— 428	651.
305	71, 118, 359, 373, 382, 530.	359	26, 147, 373, 382 f., 473, 503, 551, 605, 648, 677, 693, 740, 810 f.	429	651 f.
306	750.			429 ff.	7.
306 ff.	490.			432	29.
307	750.	362	144.	434	777.
308	750.	363	570, 621, 776.	435	4, 5, 413, 510, 627, 651, 721, 765, 809, 835.
309	286, 335.	364	536 f., 671.		
310	82, 363 f., 412 f., 428, 533, 750, 794, 841 ff., 847, 864.	365	480.	436	5, 29.
		366	477, 750, 793.	437	5, 7, 296.
		367	477, 750, 793	440	453.
312	37, 720	368	28, 126, 128, 166.	441	624.
313	22, 37, 71, 238, 282, 368, 407, 429, 431, 539 f., 720, 814, 828, 863.	368— 370	552.	441— 452	679, 829.
		369	28, 704.	442	368, 603, 670, 744, 751, 793.
314	363, 532 f., 604, 742, 750, 836 f.	370	277, 286, 464 f., 478, 500, 546, 619, 643 f., 785 ff., 803 ff., 834.	443	603.
				444	603.
316	82.			447	751.
317	413 f.	372— 375	335.	450	5, 670, 751.
318	364, 366, 512.	373	28.	451	3, 5.
319	29, 364.	376	512, 776.	452	5, 679, 829.
320	320, 412, 626, 746 f., 824.	377	776.	453	528.
		377— 398	27.	456	679, 829.
321	361, 429, 525, 579, 743.			457	679, 829.
322	361.	379	627, 839.	458	528, 678, 828.
323	626, 696, 717, 746, 750, 766.	382	28.	459	368, 751.
		383	383, 839.	461	751, 849.
324	100, 102, 191, 362, 405, 429, 511, 696, 746, 820.	384	9, 12, 412, 415, 430, 570, 750 f., 795.	462	751.
				466	368, 600.
325	647.	385	12, 430, 570.	466 ff.	72.
326	533 f., 579, 746 f., 828.	385 ff.	85.	468	603, 751, 793
327	455.	386 ff.	560.	470	751.
328	191, 742.	387	29, 511.	473	383, 751.
329	602, 721, 767, 792.	388	491.	474	751.
329 ff.	818.	389	491.	477	383, 752.
330		391	359, 511.	478	751.
331		392	511.	480	5.
332	721 f.	393	368, 671.	482	5.
333	386, 602, 713, 721.	394	813.	483	5, 412.
334	386, 677, 766,	396	782.	484	5
335	605, 713, 721 f., 816.	397	838.	487	3, 5, 7, 651.
336	721.	401	28.	488	72, 383, 504, 670, 825.
337	717.	403	366, 412.	489	412.
338	25.	404	29, 360, 528, 717.	491	504.
339	713, 766.	405	510.	492	383, 504.
341	713, 766.	407	282.	493	504.
342	359, 503.	409	795.	494	5, 29.
343	476, 570.	414	144, 282, 480, 621, 776.	496	575.
344	717 f.	415	412, 696.	498	575.
345	344, 489 ff., 528, 768.	416 ff.	570.	503	358.
346	468, 503.	418	4, 510, 627 ff., 721, 765, 809, 835, 839 f.	503 ff.	429, 598.
347	360, 528, 749, 863.			503— 513	456.
349	25, 26, 191, 359, 382 f., 503.	419	413, 510, 840.	507	286, 384, 456.
		419 ff.	809.	513	777.
349 ff.	147, 605.	420	4, 412, 751.		
350	503, 743.				

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
514	177, 384, 456, 504.
515	177, 384, 456.
516	456.
517	384, 456, 504, 599, 603, 617, 672, 720, 744, 777, 813.
517 ff.	455.
518	617, 621 f.
519	384, 504, 696.
527	224.
529	383.
530	360, 365, 777.
530—534	717.
531	365.
533	467.
534	467.
536	467, 717.
537	141, 177, 306, 330, 504.
542	122.
544	515, 564, 596.
545	596.
546	564.
547	188, 379 f., 571.
554	177, 196, 441.
558	168, 600, 737.
559	600.
561	124 f.
563	105, 107, 124, 255, 346, 542, 663, 688, 779.
563 ff.	663.
563—571	125.
563—572	292.
564	107, 109 f., 663.
564—568	124.
565	110, 122 f., 663.
566	123 f.
567	123 f., 293, 664.
568	123.
569	107, 123 f.
570	227, 293, 663 f., 688.
571	124 f.
572	125.
573	24, 75, 238, 432, 469 f., 479, 575, 672.
573—585	854.
575	575.
576	238 f., 288, 354, 428, 432, 479, 575, 600, 672, 751.
577	75, 455.
578	24.
582	542.
584	851 ff.
585	854.
586	125, 292, 294.
587	125, 292.
588	51.
593	324, 326.
606	779.
607	825 ff.
608	144, 397, 724, 729, 779.
609	347 f., 394 ff., 397, 729, 778 f.
613	589.
614	169, 294 f., 673 ff.
615	179, 704.
627	196.
628	177, 196.
629	177, 196, 306.
631	294, 306.
633	306.
649	177.
650	177.
656	732, 775.
659	689.
660	146.
666	689.
670	689.
687	779.
688	397.
690—705	330.
711	693.
712	800.
732	108, 286.
798	125, 306.
823	177, 196.
829	830.
833	177.
834	177, 196 f.
835	177.
865	177.
869	196.
870	496.
876	717.
878	717.
879	717, 775.
880	767.
883	196.
887	717.
888	360, 528.
892	177, 196.
894	177.
895	196.
898	542.
903	191, 755.
904	177, 196.
910	496, 732.
917	141.
921	306.
923	543.
924	800.
925	237.
926	800.
927	237.
936	94, 281, 293.
942	237, 689.
944	751.
953	196 f.
955	144, 179.
959	306.
995	693.
1000	767.
1023	767.
1080	717.
1042	196.
1045	496.
1050	196.
1083	751.
1089	751.
1091	751.
1116	179.
1210	717.
1213	717.
1215	717.
1217	717.
1224	496.
1226	222, 227, 229 f., 241, 341 f., 420, 472, 514, 518 f., 639, 709 f., 782, 855 f.
1227	639.
1229	222.
1234	18, 177, 181 ff., 184, 186, 208, 333, 349, 445, 471 f., 519.
1235	177.
1236	210, 314.
1237	177, 508 f.
1237 ff.	567, 801.
1240	508 f., 801 f.
1241	509 f., 801.
1243	82, 175 f., 209, 222, 278, 421 ff., 683.
1244	82, 175, 278, 421 f., 567, 683, 736.
1246	414, 782, 856.
1247	414, 856.
1250	686 f., 711 f.
1251	688, 756 f.
1252	49 ff., 176, 497.
1253	566.
1255	18, 85, 104, 168, 230, 459, 685, 712, 780.
1258	209, 317 f.
1259	50 f.
1259 ff.	720.
1260	50 f.
1262	720.
1264	49 f.
1269	136, 398, 686, 694, 696, 711.
1269 ff.	350, 686, 711.
1271	349 f., 566, 686 f., 711.
1272	516.
1273	174, 350, 566, 686 f., 711 f.
1274	338, 571.
1277	213, 669 f.
1278	175, 278, 420 ff., 557, 736 f., 759.
1279	175 f., 278, 420 f., 557, 737.
1280	256 f., 289, 687.
1281	290, 444, 565 f.
1283	82, 720.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
1284	229.
1285	444.
1285 ff.	230.
1286	229.
1288	228, 757.
1289	229.
1291	43, 50 f., 85 ff., 115, 228, 300, 566, 757 f.
1292	228, 444, 497, 758.
1294	85, 444, 497, 566, 720, 757 f., 802.
1295	758.
1296	50.
1297	229.
1299	50.
1302	294 ff., 673 ff.
1303	49, 95, 169 ff., 294 ff., 673 ff., 687, 792.
1304	104, 209, 230, 470.
1304 ff.	688.
1306	516.
1308	104.
1309	318, 423, 688.
1311	349.
1313	18, 318.
1316	318.
1318	543, 782.
1321	444, 565 f.
1324	18, 327, 756.
1329	687, 832.
1331	849.
1342	683.
1342 ff.	147.
1348	147, 810.
1351	367, 743.
1354	721.
1356	721, 767.
1357	721 ff., 767.
1360	431.
1372	421.
1381	497.
1387	497, 650.
1388	79.
1392	234.
1393	228, 314, 780.
1394	314.
1395 ff.	421.
1396	115, 757.
1403 ff.	421.
1426	282, 408, 497, 650.
1428	119, 278, 197.
1429	119.
1431	497.
1432	649 f.
1437	649.
1438	186, 459.
1439	408.
1442	256, 290 ff., 349, 762, 782, 802.
1442—1445	256, 290 ff.
1443	174 f., 256, 423, 759, 762.
1444	256 ff., 687, 761 f.
1445	18, 58, 149 f., 175 f., 221, 277 ff., 313 ff., 316, 399, 420 ff., 517 f., 557, 665 f., 683, 687, 710, 736 f., 802, 856 f.
1446	209, 278, 290 ff., 421 f., 682 f.
1447	96, 160.
1449	496.
1452	760.
1453	119, 497.
1454	177.
1455	96.
1456	96.
1459	156, 171, 173 f., 316 f., 341 f., 360, 508 f., 567, 683 f., 688, 737, 783 f., 801 f.
1459—1461	256.
1461	282, 315 f., 650, 784.
1465	360, 517, 528, 665, 717.
1466	316, 496, 683, 717, 775, 791.
1467	172, 317, 496 f., 772 ff.
1468	496, 717.
1470	360, 528.
1472	234.
1478	421.
1479	332.
1480	172.
1482	497.
1487 ff.	172.
1488	172 f., 567.
1489	160 f.
1495	783.
1496	613.
1497	613.
1500	172 f., 317, 496 f., 773 ff.
1501	92, 238, 479, 599, 672, 690.
1501—1507	190.
1501 ff.	21, 168, 190, 399, 428, 751.
1502	599.
1502—1507	92.
1503	287, 456, 479, 690, 826, 861.
1505	287, 479, 672.
1505 ff.	456.
1506	92, 238, 456, 479, 654 f., 802, 825 ff., 852.
1507	456, 654.
1509	479.
1510	92, 190, 238, 599, 672.
1511	92, 190 f.
1512	360, 853.
1513	168, 238, 354, 428, 432, 476, 561, 672, 690, 860 f.
1515	503.
1516	428.
1518	71, 136, 264, 350, 398, 407, 445, 652 ff, 696, 767.
1518 ff.	445.
1519	654, 751.
1520	136, 398.
1522 ff	14, 163 f, 442.
1527	285, 441.
1531	441 f., 506, 508, 744, 780 ff, 827.
1531—1537	442.
1531—1541	285.
1533	654, 744, 780.
1536	441 f., 802, 825 f.
1536—1540	441.
1537	170 f., 442.
1540	442.
1542	13 f., 237, 260, 327.
1546	698.
1547	441, 688.
1548	698.
1551	174, 432, 455, 469 f.
1553	698.
1555	330, 699.
1559	197, 694, 699.
1560	197.
1562	699.
1563	699.
1564	197, 699.
1565	699.
1567	197, 699.
1568	479.
1568 ff.	555.
1571	700, 775 f., 812 f.
1572	301, 656.
1574	656, 776.
1574 ff.	700.
1578	174.
1579	461.
1580	700.
1581	125, 700.
1582	700.
1583	144, 337, 394, 479, 704.
1584	144.
1585	125 f., 347 f., 394 f., 440, 702 f., 729, 778 f.
1586	726.
1587	726.
1588	704.
1589	720.
1590	704.
1591	337 f., 394, 479, 554 ff.
1591 ff.	553, 704.
1591—1674	382.
1581—1605	837.
1592	301, 340, 396, 554, 656, 779.
1593	340, 553 ff.
1594	554 f.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
1595	704, 797.	1634	461.	1693	86 f., 173 f., 399, 566, 728.
1596	312, 340, 380, 382, 770.	1636	174, 436, 470.	1695	686, 711, 738.
1598	555, 724.	1636—1734	151.	1696	18, 86, 115, 209, 230, 259, 686 ff., 706, 711, 737, 756 ff., 848.
1599	301.	1636 ff.	814.	1698	337 ff. 656, 757.
1600—1605	729.	1637	300, 304, 445, 470, 656, 802.	1699 ff.	728.
1600 ff.	144, 347 f., 394 ff., 554, 589, 724.	1637—1640	300 f.	1700	259, 334, 347 f., 394 ff. 503, 703, 729, 778.
1601	347, 394.	1638	300.	1701	337 ff.
1602	47, 347, 394.	1640	800.	1710	728.
1603	168.	1641	130.	1711	727.
1605	347.	1650	337 ff.	1713	728.
1606	394, 725.	1652	458, 461, 656, 775 f., 809, 813.	1715	757.
1607	558, 725.	1653	558.	1716	87, 218, 399, 444, 728.
1610	725.	1654	259.	1717	218, 502, 728, 759.
1611	704.	1655	458.	1718	502, 759.
1613	170 f., 458, 460 f, 566, 686, 688, 711, 756 f.	1656—1659	338.	1723	57 f.
1613 ff.	686 f., 711 f.	1657	339, 415, 445, 470, 508, 727, 737.	1727	57 f.
1614	300 f., 421, 656.	1658	337 ff., 445, 470.	1735 ff.	731.
1615	301, 656.	1661	338.	1743	149 f., 259, 782.
1616	170 f.	1662	471.	1744	150 f.
1617	460 ff., 694, 809 f.	1665	656, 775, 802, 813.	1751	330.
1617 ff.	47.	1669	315, 471, 554.	1763	57.
1617—1629	315.	1670	315, 459, 757.	1772	503.
1618	47.	1672	315.	1780	508.
1619	458, 461, 554, 775.	1675	151, 470.	1781	508, 801 f.
1620	47, 168.	1677	727, 800.	1785	783 f.
1622	315, 802.	1679	337 ff., 445, 656, 727, 737, 757, 812 f.	1789	554, 656.
1623	168, 802.	1680	470.	1791	304, 824.
1624	686, 711.	1681	727, 769 ff.	1792	304, 496, 626.
1625	460.	1682	727.	1793	272, 304, 551.
1626	470.	1683	334 f., 727.	1793 ff.	100.
1627	462.	1686	727, 782.	1795	508 f., 801.
1630	259, 421, 470, 686, 711, 776.	1687	728.	1797	776.
1630 ff.	421.	1690	395, 728, 802.	1798	173, 625 f.
1631	104, 259, 558, 688.	1692	727.	1799	173 f., 316, 349, 399, 687, 802.
1632	168.			1801	399, 444.
1633	104, 470.				

Verordnungen, Bekanntmachungen, Erlasse usw.

1. Zur RVO. für das Reich.

Kaiserliche Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter, vom 24. Dezember 1911 (RGBl. 1107).

3	373.	35	315	86	460 f.
13—36	315.	36	558	87	459 ff.
15	733.	40	554	88	711
18	801.	60	508	89	463
21	508, 801.	65	810	94	104
22	558.	73 ff.	566, 711	96	312
23	428.	74	86, 458 ff.	97	312, 459
26	554.	81	460 f.		
28	481, 688.	82	463		

Kaiserliche Verordnung, betreffend die Inkraftsetzung von Vorschriften der RVO., vom 5. Juli 1912 (RGBl. 439) S. 238, 275, 435 f., 490, 745 f., 817, 822 f.

Art. 1	101, 119, 269, 310, 320, 435, 490, 634, 660 ff., 820.	Art. 3	21, 136, 469, 607.	Art. 6	191, 200, 263, 319, 343, 821.
„ 2	480.	„ 4	562.	„ 7	646, 753, 816.
		„ 5	269, 529 f.		

Digitized by Google

Seite

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Übergangsbestimmungen zur Reichsversicherungsordnung, vom 22. Dezember 1911 (RGBl. 1132) 118
Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Berechnung der Kosten der Oberversicherungsämter in übernommenen Streitsachen, vom 8. Juni 1913 (RGBl. 318) 463
Bekanntmachung des Reichskanzlers über die Pauschbeträge, die von den Versicherungsträgern zu den Kosten der Oberversicherungsämter zu entrichten sind, vom 16. März 1912 (RGBl. 254) 72
Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, vom 26. April 1912 (Amtl. Nachr. 721)

Ziff. 8	S. 610.	15	S. 543.	23c	S. 516.
13	„ 753.	22	„ 289, 517.	38	„ 648.
14	„ 289, 517, 753	23a	„ 639.	47	„ 420.

für Baden.

Bekanntmachung des badischen Ministeriums des Innern, betreffend den Vollzug der RVO. hinsichtlich der Versicherungsbehörden und der Unfallversicherung 196
Verordnung des badischen Ministeriums, den Vollzug der RVO. hinsichtlich der Versicherungsbehörden und der UV. betreffend, vom 31. Dezember 1912 . . . 469

für Bayern.

Bekanntmachung des bayerischen Ministers des Innern, die Errichtung der Versicherungsämter betreffend, vom 30. November 1912 129
Bekanntmachung des bayerischen Ministers des Innern, die Errichtung der Oberversicherungsämter betreffend, vom 30. November 1912 151
Erlaß des bayerischen Staatsministeriums, betreffend Ausführung von Art. 15 Einf.Ges. z. RVO., vom 18. April 1913 343

für Preußen.

Ministerialerlaß vom 4. November 1912 (HMBl. 539) 56, 93, 102, 117, 131, 265ff., 433, 636, 819 . . . . . 824f.
(Geändert durch die Erlasse vom 15. und 18. Januar 1913, S. 117 und 131.)

Nr. I		Ziff. 1	S. 24, 490.	a	S. 382.
Ziff. 1	S. 224.	2	„ 144.	c	„ 48, 94.
2	„ 94.	3	„ 48.	d	„ 534.
3	„ 47, 100, 271, 398.	5	„ 527.	e	„ 56.
7	„ 24.	III	„ 32.	3	„ 382, 822.
II		Ziff. 1	„ 24, 32, 200, 490.	IV	„ 32.
		2	„ 239.		

Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Versicherungsvertreter bei den Versicherungsämtern und den Oberversicherungsämtern, vom 22. Juli 1913 (HMBl. 527) 630
Erlaß des Handelsministers über die Errichtung der Versicherungsämter, vom 7. Dezember 1911 (HMBl 447) 30
— — vom 14. Mai 1912 (HMBl. 289) 30
— — vom 18. Juni 1912 (HMBl. 364) 30
Erlaß der preußischen Minister des Innern und für Handel und Gewerbe, betreffend stellvertretende Vorsitzende der Versicherungsämter, vom 7. Januar 1913 (HMBl. 42) 130
Erlaß der preußischen Minister für Handel, des Innern und für Finanzen betreffend Kosten der Versicherungsämter, vom 1. März 1913 (HMBl. 134) . . 251
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Versicherungsvertreter bei den Versicherungsämtern, vom 26 April 1913 (HMBl. 330) 367, 630
Erlaß der preußischen Minister des Innern und der Finanzen, betreffend Stellvertretung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts, vom 6. Dezember 1912 (HMBl. 595) 58
Erlaß des preußischen Handelsministers über die Kosten der Oberversicherungsämter, vom 23. Januar 1913 178
Bekanntmachung des preußischen Handelsministers, betreffend Versichertenbeisitzer bei den Oberversicherungsämtern, vom 26. April 1913 (HMBl. 340) . . 372
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Zeugen und Sachverständige im Verfahren zur Feststellung der Leistungen, vom 24. Oktober 1913 775
Verfügung des preußischen Ministers des Innern über den Ersatz der Kosten im Spruchverfahren, vom 11. Oktober 1912 694

Digitized by Google

für Sachsen.

Seite

Bekanntmachung des sächsischen Ministers des Innern nach § 111 Abs. 2 RVO., vom 15. Januar 1913 177

2. Zur Krankenversicherung für das Reich.

Bekanntmachung, betreffend die Eingliederung der durch die §§ 537, 917 Abs 1 RVO. der Unfallversicherung neu unterstellten Gewerbszweige und Tätigkeiten, vom 10. Oktober 1910 141

Bescheid des Reichskanzlers, betreffend Anpassung der Satzungen an das neue Recht nach Anleitung der Musterfatzungen, vom 20 Februar 1912 . . . 199, 405

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Art und Form der Rechnungsführung bei Krankenkassen, vom 9. Oktober 1912 (Zentralblatt f. d. Deutsche Reich 1009) 750, 793, 814

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Amtsdauer der gegenwärtigen Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten bei den Krankenkassen, vom 8. November 1912 . . . . . 23, 34, 71, 92, 95, 168, 480, 815

Beschluß des Bundesrats, betreffend die Amtsdauer der Vertreter bei den Krankenkassen, vom 15 November 1912 71

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Uebergangsbestimmungen zur RVO., vom 11. Januar 1913 (RGBl. 16) 87, 344, 745, 823

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Musterfatzungen für Krankenkassen, vom 17. März 1913 (Zentralblatt f. d. D. R. Nr. 13) 271, 361, 748

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Wahlen zu neuerrichteten oder ausgestalteten Ortskrankenkassen, vom 11. Juli 1913 (RGBl. 577) 538, 576, 601, 624, 635, 677, ... 814

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend den Begriff vorübergehende Dienstleistungen im Sinne des § 434 RVO., vom 23. Oktober 1913 777

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der KV., vom 17. November 1913 (RGBl. 756) 848

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die KV. des Wandergewerbes, vom 21. November 1913 (RGBl. 761) 849

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die von der Krankenkasse zu erteilende Bescheinigung für Wandergewerbetreibende, vom 21. November 1913 (RGBl 762) 849

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Uebergangsbestimmungen für die KV. nach der RVO., vom 21. November 1913 (RGBl. 762) 850

Erlaß des Reichskanzlers zur Arztfrage 464

Rundschreiben des RVA. an die Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten, betreffend Zahlkarten, vom 31. Mai 1912 332

Rundschreiben des RVA. an die Träger der Unfallversicherung über die Pflichten unfallberechtigter Inländer, die sich im Auslande aufhalten, vom 2. November 1912 (HMBl. 75) 179

für Bayern.

Bayerische Vollzugsordnung zum KV.gesetz, vom 15. Oktober 1892 (Gesetz- und Verordnungsblatt 621) 90

für Braunschweig.

Braunschweigische Versicherungsordnung vom 5. Dezember 1892 61

Braunschweigische Versicherungsordnung vom 14. März 1904 61

für Hamburg.

Bekanntmachung des hamburgischen Senats, betreffend die Durchführung der KV. unständig Beschäftigter, vom 18. Juni 1913 . . . . . 678 828

für Preußen.

Erlaß des preußischen Ministers des Innern, betreffend die Rechtsfähigkeit der ärztlichen Berufsvereine, vom 22. November 1912 409

Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend die Amtsdauer der gegenwärtigen Versicherungsvertreter in den Kassenorganen, vom 4. Dezember 1912 34

Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Mindestzahl der Mitglieder bei Zulassung von Kassen, vom 18. Januar 1913 (HMBl. 43) 131

Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Übernahme von Kassenangestellten, vom 15. Januar 1913 (HMBl. 43) 130 165

Erlaß des preußischen Handelsministers über Arbeitsordnung und Betriebskrankenkassen, vom 25. Januar 1913 (HMBl. 89) 178

Digitized by Google

Seite

Erlaß des preußischen Handelsministers über die Vereinigung von Betriebskrankenkassen, vom 4. Februar 1913 (HMBl. 91) 179
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Beamte bei den Krankenkassen, vom 8. März 1913 . . . . . 373, 740, 791
Erlaß der preußischen Minister für Handel, der Finanzen und des Innern, betreffend die Kosten der Oberversicherungsämter in Unfallsachen für das zweite Halbjahr 1912, vom 18. März 1913 250
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Organisation der Krankenkassen, vom 31. März 1913 (HMBl. 221) 270
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Mustersatzungen für Krankenkassen, vom 25. März 1913 271
— — vom 29. März 1913 (HMBl. 221) 271
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Wahl der Organe der Krankenkassen, vom 22. Juli 1913 . . . . . 635, 677
Erlaß des preußischen Ministers des Innern, betreffend Apothekerrabatt und Handverkaufsliste, vom 5. Juni 1913 (HMBl. 450) 512, 776
Erlaß der preußischen Minister des Handels, der Finanzen und für Landwirtschaft, betreffend die Beamteneigenschaft von Kassenangestellten, vom 14. August 1913 (HMBl 551) 677, 740
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Gleichwertigkeit der Leistungen, vom 16. August 1913 (HMBl. 540) 636
Erlaß der preußischen Minister für Handel und für Landwirtschaft betreffend Ortslöhne, vom 18. August 1913 634
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend die Wahl der Kassenorgane, vom 23. August 1913 (HMBl. 551) 677
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Zulassung von Ersatzkassen und Einreichung von Satzungen, vom 3. Oktober 1913 752
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Apothekerrabatt und Handverkaufsliste für Knappschaftsvereine, vom 10. Oktober 1913 776
Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Kassenvereinigungen, vom 11. Oktober 1913 776

3. Zur Unfallversicherung.

Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts über den Unfallzuschuß, vom 30. September 1885 24
Rundschreiben des Reichsversicherungsamts an die Träger der Unfallversicherung über die Pflichten unfallrentenberechtigter Inländer, die sich im Auslande aufhalten, vom 2. November 1912 179
Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Übergangsbestimmungen für die Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung, vom 10. Juli 1912 (RGBl. 441) 14

4. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung für das Reich.

Erlaß des Reichskanzlers, betreffend das Inkrafttreten des Fünften Buchs der Reichsversicherungsordnung, vom 19. November 1912 (preuß. Ministerialblatt für Handel und Gewerbe S. 585) 14
Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend die Befreiung von Ausländern von der Versicherungspflicht nach dem IVG., vom 7. März 1901 18
Anweisung für die Quittungskartenausgabe, vom 20. November 1911 186
Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Übergangsbestimmung für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung, vom 21. Dezember 1911 (RGBl. 1130) 14

für Bayern.

Bekanntmachung des bayerischen Ministers des Innern, vom 29. Dezember 1911 . 136

für Preußen.

Erlaß des preußischen Unterrichtsministers, betreffend die Invalidenversicherungspflicht einstweilig angestellter Lehrer, vom 4. Oktober 1912 (HMBl. 79) 184

XII. Unfallfürsorgegesetz für Beamte

vom 2. Juni 1902 (GS. 153) S. 153.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:

XIII. Versicherungsgesetz für Angestellte

vom 20. Dezember 1911 (RGBl. 989).

1	184 f., 215, 241 f., 246, 302, 311, 341, 473, 590 ff., 593, 595, 666, 719, 763, 805.	68	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 3.	215	546.
		69	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 3, 10.	216	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 2.
2	302, 592 f., 763, 805.	74	94.	229	338.
3	116, 215, 288.	75	94, Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 11.	241	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 4.
7	590, 593.	II	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 3.	242	187.
8	19, 762.	81—90	285.	249	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 4.
9	18 f., 118, 182, 184 f., 186, 215, 260, 302 f., 327, 473, 593, 719, 763.	122	713.	252	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 4.
9—13	301.	123	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) 343.	257	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 4.
9—14	763.	125	545.	260	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 8.
10	19, 184 f., 186, 301, 763.	138	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192).	262	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 8.
11	185, Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 3; 509.	139	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192).	266	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 11.
11—13	301, 763.	144	545.	320	301, 473.
13	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 3.	151	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192).	337	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 9 f.
14	19, 302 f., 763.	155	546.	338	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 9 f.
15	245, 288, 380, 783.	158	327.	340	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 3; 544.
16	185 f., 302, 311, 593, 595.	170	187, 380, 593, 763.	347	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 2; 784.
17	311, 592 f., 763.	170—172	376.	365	139, 445, 452, 764.
19	593.	171	380.	365 ff.	445, 453.
24	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 3.	172	473, 595.	368	445.
25	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 10; 245.	176	280, 544 f., 593, 764.	369	445.
30	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 9 ff.	177	95, 142, 380, 544, 593, 764.	370	445.
31	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 9 f.	178	280, 593.	371	187.
33	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 9.	180	649.	372	68.
36	404.	181	68, 116, 544 f.	374—388	764.
36—43	424.	183	695.	379	187.
40	527, 792.	183 ff.	695.	385	215.
43	94, 527, 767, 792.	187	95, 142.	387	139.
46	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 3.	188	95, 375.	388	764.
4	593, 766.	190	95, 593.	389	139, 187, 452.
49	380, 473.	195	95.	390	138, 375 ff., 593 f., 762, 785.
51	86, 380, 593.	196	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 8.	390 ff.	302.
52	.	197	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 8.	391	375, 594, 763.
53	18 .	200	116.	392	138, 309, 375 ff., 594 f., 783.
54	186 f., Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 9.	201	764, 783.	393	594, 762.
62	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 10.	205	257.	394	245, 595, 764, 783.
63	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 10.	206	257.	395	246, 404.
64	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 9.	207	257.	397	404.
67	862.	210	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 3; 257, 302, 341 ff., 375, 594, 713, 784.	398	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 10; 764.
		211	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 3; 257, 784.		

XIV. Gesetz über Angestelltenversicherung der Privatlehrer

vom 22. Juli 1913 (RGBl. 600) S. 666, 763.

Digitized by Google

Verordnungen, Bekanntmachungen, Erlasse usw.

Für das Reich.

Seite

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend eine Ausführungsbestimmung für die AV., vom 29. Juni 1912 (RGBl. 405) 302

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend das Verfahren vor dem Kaiserlichen Aufsichtsamte für Privatversicherung im Falle des § 369 Abs. 1 Satz 2 AVG., vom 11. Dezember 1912 (RGBl. 563) 445

Bestimmungen des Bundesrats, betreffend die Ausführung des § 372 AVG., vom 22. Dezember 1912 (RGBl. 571) 68

Bekanntmachung des Reichskanzlers betreffend Ausführung des § 392 AVG., vom 11. Januar 1913 (RGBl. 19) 138, 375

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend den Vollzug der §§ 3, 200 AVG, vom 11. Januar 1913 116

Bekanntmachung des Reichskanzlers betreffend Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente, vom 11. Februar 1913 327

Erlaß des Reichskanzlers, betreffend Versicherungsfreiheit von Angestellten der Berufsgenossenschaften, vom 11. Februar 1913 260

Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Rentenausschüsse, vom 14. Februar 1913. Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) 509, 605, 784

Bekanntmachung über die Einrichtung von Vordrucken für die AV. vom 29. Juni 1912 (RGBl. 408) 68

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Ausführung des § 8 AVG., vom 9. Juli 1913 (RGBl. 571) 762

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Befreiung der Privatlehrer von der AVG., vom 18. August 1913 (Zentralblatt f. d. Deutsche Reich 752) 762

Bekanntmachung des Direktoriums der RVAn. vom 14. April 1913 327

Anleitung des RVA. vom 26. April 1912 (HMBl., Beilage zu Nr. 12) 302

Rundschreiben des Direktoriums der RVAn., betreffend Gründung von Ortsausschüssen der Vertrauensmänner, vom 8. Mai 1913 545

Bekanntmachung des Direktoriums der RVAn, betreffend die Beitragsentrichtung für die AV, vom 24. Mai 1912 (Reichs- und Staatsanzeiger vom 25. Mai) 695

Merkblatt der RVAn. für die Entrichtung der Beiträge zur AV. 544

Für Preußen.

Erlaß des Ministers des Innern, betreffend die Gewährleistung der Anwartschaft im Sinne des § 9 AVG. 18

Erlaß des preußischen Minister des Innern und für Finanzen, betreffend AV. im Bereiche der allgemeinen Verwaltung, vom 7. November 1912 (HMBl. 79) 184

Erlaß des Landwirtschaftsministers, betreffend die Gewährleistung der Anwartschaft im Sinne des § 9 AVG., vom 14. November 1912 19

Erlaß des preußischen Handelsministers vom 18. November 1912 (HMBl. 561) . 187, 303

Erlaß des Justizministers, betreffend die Gewährleistung der Anwartschaft im Sinne des § 9 AVG., vom 9. Dezember 1912 19

Erlaß des preußischen Unterrichtsministers, betreffend die AV. im Bereiche der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten, vom 28. Dezember 1912 (HMBl. 80) 184

Erlaß des preußischen Unterrichtsministers, betreffend die AV. der im Kirchendienst Angestellten, vom 28. Dezember 1912 (HMBl. 82) 185

Erlaß des preußischen Unterrichtsministers, betreffend die AV. im Bereiche der Verwaltung der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten, vom 2. Januar 1913 (HMBl. 82) 186

Erlaß des preußischen Unterrichtsministers, betreffend die AV. stellvertretungsweise beschäftigten Lehrkräfte, vom 16. Dezember 1912 (HMBl. 82) 186

Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend Ausführung des AVG., vom 25. Januar 1913 (HMBl. 83) 186, 303

Erlaß der preußischen Minister, betreffend die Bildung von Zweckverbänden, vom 21. Februar 1913 (HMBl. 109) 224

Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend AV. der Angestellten der Handelsvertretungen und Handwerkskammern, vom 31. März 1913 (HMBl. 255) 301

Erlaß der preußischen Minister für Handel und des Innern, betreffend private Pensionseinrichtungen und Zuschußkassen, vom 3. Mai 1913 (HMBl. 404) . . 445

Erlaß der preußischen Minister für Handel, für Landwirtschaft und des Innern, betreffend private Versicherungsunternehmungen, vom 14. Mai 1913 (HMBl. 400) 437

Erlaß des preußischen Handelsministers, betreffend die AV. der Krankenkassenangestellten, vom 2. Juni 1913 (HMBl. 442) 473

Staatsverträge.

Abkommen zwischen dem Deutschen Reiche und Belgien über UV. vom 6. Juli 1912 (RGBl. 1913, 23) 207, 381

Digitized by Google

Seite
Abkommen zwischen dem Deutschen Reiche und Italien über Arbeiterversicherung vom 31. Juli 1912 (RGBl. 171) 303
Bekanntmachung des Reichskanzlers zur Ausführung des Abkommens zwischen dem Deutschen Reiche und Italien über Arbeiterversicherung, vom 31. März 1913 303

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:

B. Andere Gesetze. Reichsgesetze.

Lohnbeschlagnahmegesetz vom 21. Juni 1869.

3	211.				

Reichshaftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871.

1	211.				

Reichsverfassung. Art. 2 S. 24.

Seemannsordnung.

93	293.	95—97	293.		

Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz.

14	507, 781.	28	416.		

Gerichtsverfassungsgesetz.

186—193	Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192) S. 2.				

Reichsgebührenordnung für Rechtsanwälte vom 20. Mai 1898 (RGBl. 692).

47	66.	76	66 f.		

Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige vom 20. Mai 1898 (RGBl. 689).

2	655.	4	34.		

Strafgesetzbuch.

34	717.	107—		284	62.
56	467.	109	371.	313	613.
57	467.	187	613.	339	371.
61 ff.	360.	240	371.	340	613.
		263	23, 613, 641.		

Strafprozeßordnung.

7	784.	8	784.	158	360.

Reichsgesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit vom 20. Mai 1898.

132	317.	139	317.		

Gesetz über die Gesellschaften mit beschränkter Haftung vom 17. Mai 1898.

13	473.				

Zivilprozeßordnung.

52	61.	401	655.	553	596.
91	274, 757.	415	441.	584	57 f.
148	119.	446	114.	705 ff.	610.
222	475.	496	132.	803	212.
233 ff.	475.	498	132.	850	13 f.
284	552.	518	353, 596.	1025 ff.	252.
299	558.	547	738.	1041	457.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
	Reichs-Gerichtskostengesetz.				
54	585.	80b	66.	98	66.
	Bürgerliches Gesetzbuch.				
7	194.	189	614.	626	14, 19, 116, 276, 302, 336, 446, 472, 519f., 526.
10	194.	192	615.		
12	672.	195	23, 647.	628	116.
21	141, 399f., 478, 806.	198	647.	631	155.
22	141, 399, 806.	226	659.	679	708f.
26	683.	242	156, 276, 659.	683	274, 708f., 667.
31	429.	254	260, 312, 336, 384.	684	667.
49	532.	263	240.	808	749f.
54	603.	315ff.	120.	812	35f.
104	16.	323	336, 671.	823	88, 90, 137, 262, 336, 429f., 456.
105	16.	330	294.		
107	467.	339ff.	647.	824	137f.
108	42.	398ff.	647.	826	88, 90, 137, 276, 429.
112	467.	400	13.	827	473.
113	16, 61, 467f.	407	327.	828	119.
114	467.	412	13.	831	429.
119	311, 351, 631.	420	798.	832	119.
123	350f.	421	191, 814.	833	191.
124	350.	426	67, 191, 286, 335, 359, 814.	839	262.
126	363.			843	13.
133	116.	534	192.	847	326.
134	167, 765.	611ff.	798.	1357	798.
138	167, 765.	612	120, 144, 426.	1715	264.
143ff.	558.	616	120, 155, 593, 624.	1717	51, 264.
164	684.	617	438.	1719	50.
167	684.	620—		1922	294.
187	592.	623	336.	1968	72.
	Handelsgesetzbuch.				
1	21.	72	353.	124	298.
2	564.	76	76, 119.	161	298.
59	21.	92	276.	161ff.	298.
63	1, 21, 119, 352, 624.	105ff.	298.	164	768.
70	41, 276, 352.	111	768.	335	299.
	Konkursordnung.				
61	527.	69	527.	164	41.
63	360.	142	585.	206	41.
	Gewerbeordnung vom 26. Juli 1900.				
20	30.	100h	474.	124a	13.
21	30.	100l	72.	133c	120, 624.
29	392.	105d	415.	134b	178.
33a	513.	105e	415.	134f	179.
56a	392.	107	431.	146	143.
62	849.	117	400.	148	392.
90	25.	120d	570.		
100b	72.	120e	570.		
	Abänderungsgesetz vom 28. Dezember 1908. S. 84.				
	Gesetz über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908.				
75	74.	173	378.	179	74.
76	74.	176	378.		

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
Gesetz über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901.					
1	375, 594.	18	454.	44	358.
4	754.	20—25	456.	53	455, 594.
6	754.	27—29	456.	64	429.
14 f.	357.	41	815.	103	762.
15	768.	43	358.	108	11 f.
Kraftfahrzeuggesetz vom 3. Mai 1909.					
7	211.				

Für Preußen.

Preußische Verordnung über die Festsetzung und den Ersatz der bei den Kassen und anderen Verwaltungen vorkommenden Defekte, vom 24. Januar 1844 (GS. 52) . . . . . S. 26

Allgemeines Berggesetz vom 24. Juni 1865 (GS. 705) § 186 . . . . . S. 67

Knappschaftsgesetz vom 17. Juni 1912 (GS. 137) . . . . . S. 8

24	776.				

Kreisordnung vom 19. März 1881 . . . . . S. 694

Städteordnung für die östlichen Provinzen, vom 30. Mai 1853 . . . . . S. 694

Landgemeindeordnung für die sieben östlichen Provinzen, vom 3. Juli 1891 . S. 694

Zweckverbandsgesetz vom 19. Juli 1911 . . . . . S. 224

Gesetz über die allgemeine Landesverwaltung vom 30. Juli 1883 (GS. 195).

20	58.	86	596.	95	596.
63	444.	94	298, 345, 392, 437, 439, 492, 658.	103	66 f.
79	345.			132	772.

Gesetz über die Zuständigkeit der Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbehörden vom 1. August 1883 (GS. 237) . . . . . S. 694

Gesetz betreffend die Dienstvergehen der Beamten der Landesversicherungsanstalten vom 17. Juli 1900 (GS. 251) . . . . . S. 26

Gesetz betreffend die Pensionierung der unmittelbaren Staatsbeamten vom 27. Mai 1907 (GS. 99) . . . . . S. 677, 740

Gesetz betreffend die Anstellung und Versorgung der Kommunalbeamten vom 30. Juli 1899 (GS. 141). . . . . S. 19

Gesetz über die Handelskammern vom 19. August 1887.

44	301.				

Preußische Landesgebührenordnung für Rechtsanwälte vom 6. Oktober 1899 (GS. 381)

Art. 11	66.	Art. 15	66.		

Notariatsgebührenordnung vom 25. Juli 1910 (GS. 181) . . . . . S. 66

Preußisches Gerichtskostengesetz vom 6. August 1910 (GS. 183).

51	66.	112	66.		

Für Braunschweig

Berggesetz vom 15. April 1867

168	35 f.	176	67.		
174	67.	189	67.		

Gesetz betreffend Abänderung des Berggesetzes vom 23. Oktober 1909 . . . . S. 35 f.

Digitized by Google

Verzeichnis der Abhandlungen.

I. Zur Krankenversicherung.

Adam, Dr., Das Einigungsabkommen zwischen den Krankenkassen und Ärzten Hamburgs. 126.

Berthold, Dr., Rechtsanwalt, Wann ist das Vermögen der aufzunehmenden Kasse groß genug zur Bildung eines Sondervermögens (§ 294 RVO.)? 269.

Breme, Amtsrichter, Voraussetzungen der Ablehnung der Krankenhauspflege durch „Verheiratete" im Sinne des § 7 KGW. 193.

Busch, Dr., Sanitätsrat, „Ärztekulis" — ein neues Kraftwort des Leipziger Verbandes. 457.

Busch, Dr., Sanitätsrat, Die freie Arztwahl und die Entscheidung des Kammergerichts gegen die Eintragung der kassenärztlichen Vereine. 409.

Hahn, Amtsgerichtsrat, Wahlberechtigung und Wählbarkeit der Frau wegen der im ehelichen Hauswesen beschäftigten Dienstboten. 721.

Hahn, Amtsgerichtsrat, Prüfung der Gleichwertigkeit der Kassenleistungen in der Übergangszeit. 534.

Hahn, Amtsgerichtsrat, Form der Beschlußfassung über die Satzung einer Krankenkasse zum Zwecke der Zulassung oder Ausgestaltung. 489.

Hahn, Amtsgerichtsrat, Blühende Existenz ungesetzlicher Krankenkassen. 433.

Hahn, Amtsgerichtsrat, Einiges zur Kritik der Mustersatzungen für Krankenkassen. 361.

Hahn, Amtsgerichtsrat, Die Ausgestaltung von Ortskrankenkassen nach Art. 15 EinfGes. z. RVO. 98.

Hahn, Amtsgerichtsrat, Anspruch auf Kassenleistungen wegen einer beim Eintritt in die Versicherung bereits bestehenden Krankheit. 841.

Helms, Magistratssyndikus, Wahlrechtsfragen bei Krankenkassen. 601.

Hoffmann, Dr., Die Ausgestaltung von Ortskrankenkassen. 817.

Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat, Zur Anwendung des § 292 RVO. 577.

Hoffmann, Dr., Geh. Oberregierungsrat, Allgemeine Ortskrankenkassen. 265.

Hoffmann, Dr., Wirkl. Geh. Oberregierungsrat, Bis zu welchem Zeitpunkt müssen die Satzungen der Krankenkassen genehmigt sein? 745.

Hoffmann, Geh Oberregierungsrat, Die Änderungen der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung. 1.

Hüttenbügel, Rendant, Lohnklassensystem bei den Krankenkassen. 9, 25.

Kleeis, Die „Leistungsfähigkeit" des Arbeitgebers nach § 418 Abs. 2 Ziff. 2 RVO. 627.

Kleeis, Fr., Wie sollen die Krankenkassen das Verhältniswahlverfahren einrichten? 385.

Kohn, Geschäftsführer, Die neue Buch- und Rechnungsführung der Krankenkassen. 793.

Krause, Regierungsrat, Zur Frage der Ausgestaltung gemeinsamer Ortskrankenkassen. 318.

Krug, Dr., Gerichtsassessor, Schutz der Krankenkassen gegen doppelte Auszahlungen. — Der Krankenschein als Legitimationspapier. 747.

Mattke, Rechnungsrat, Die neue Regelung der Kassen- und Buchführung der Krankenkassen. 128.

Meyer, Assessor, Ueber Gleichwertigkeit von Kassenleistungen. 52.

Rosin, Dr., Rechtspraktikant, Die Schließung der Gemeindekrankenversicherungen. 529.

Schlenther, Regierungsrat, Ersatzansprüche der Armenverbände. 505.

Treutlein, Dr., Beigeordneter, Verhindert die Anfechtung der Ausschußwahl einer Allgemeinen Ortskrankenkasse deren rechtzeitige Organisation? 625.

Treutlein, Dr., Beigeordneter, Zur Prüfung der neuen Krankenkassensatzungen. 412.

N. N., Ersatzansprüche der erweiterten Krankenpflege. 651.

II. Zur Unfallversicherung.

Eckthal, Der Jahresarbeitsverdienst nach dem für die gewerbliche Unfallversicherung geltenden Vorschriften der RVO. 105, 121.

Fall, Hofrat, Rechtsanwalt, Verhältnis des § 151 LUVG. (§ 1542 RVO.) zu § 850 Abs. 3 ZPO., 843, 400, 412 BGB. 13.

Halbach, Dr., Mindestzahl von Kassenmitgliedern. 32.

Kampf, Dr., Arzt, Ueber den Nachweis von Gewöhnung bei der Begutachtung Unfallverletzter 481.

Kleeis, Die Abonnentenversicherung. 111.

Lange, Magistratsassessor, Zur Praxis des Rentenfeststellungsverfahrens in Unfallversicherungssachen. 217.

Lohmar, Verwaltungsdirektor, Neuerungen im Verfahren der UV. nach der RVO. 697, 724.

Sitzler, Regierungsassessor, Dr., Die Uebernahme privater Unfallversicherungen durch die Berufsgenossenschaften. 73

III. Zur Invalidenversicherung.

Goerlitz, Dr., Magistratsassessor, Die Erstattung des Beitragsteiles Invalidenversicherungspflichtiger aus dem Entgelt, wenn dieser nur aus Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird (§ 1437 RVO.). 649.

Kobler, Oberregierungsrat, Zur Anwendung des § 1445 Abs. 3 RVO. 557.

Kobler, Oberregierungsrat, Ueber §§ 1302 und 1303 RVO. 294.

Schlenther, Regierungsrat, Zur Auslegung des § 1467 RVO. 772.

Seelmann, Landesversicherungsassessor, Streit- und Zweifelsfragen auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. 169.

Digitized by Google

Seelmann, Landesversicherungsassessor, Weitere Zweifelsfragen aus dem Gebiete der JHV. 313.
Seelmann, Landesversicherungsassessor, Die Einziehung ärztlicher Gutachten durch das Versicherungsamt in Invalidenversicherungssachen. 458.
Tenhaeff, Dr., Ausbau der Invalidenversicherung. 75.
Welge, Inspektor, Beitragsstreitigkeiten nach § 1459 RVO. in Verbindung mit § 210 AVG. 341.

IV. Zur Reichsversicherungsordnung.

Berthold, Dr., Rechtsanwalt, Besteht für uneheliche Kinder ein Anspruch auf Waisenausteuer? 49.
Helms, Magistratssyndikus, Verfahren und Wirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht. 508.
Hoch, M. d. R, Kritik einer grundsätzlichen Entscheidung des RVA. zu § 1681 RVO. 769.
Jungherr, Dr., Bezirkskommissar, Wie ist der Beschlußausschuß zu bilden? 195.
Kobler, Oberregierungsrat, Die Störnäherinnen in der Reichsversicherung. 221.
Kobler, Oberregierungsrat, Zuständigkeitsfragen bei der Wiederaufnahme des Verfahrens. 57.
Kobler, Oberregierungsrat, Zu § 1522. 103.
Poeverlein, Dr., Regierungsassessor, Rechtsnatur und Rechtskraft des Anwartschaftsbescheides (§ 1743 RVO.). 149.
Rang, Dr., Regierungsrat, Wieweit sind Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, nach der RVO. Prozeßfähigen gleichgestellt? 337.
Schlenther, Regierungsrat, Die Tragweite der §§ 614, 1302, 1303 RVO. 673.
Siegmund-Schultze, stellv. Vors. des VA. Cöthen, Zur Auslegung der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912. 435.
Stempel, Dr., Zu §§ 1291, 1294 Abs. 1 und 2 und 1698 RVO. 85.
Stempel, Dr., Regierungsassessor, Einige Fragen aus dem Einspruchsverfahren nach §§ 1591 ff. RVO. 553.
— Rückwirkende Kraft von Vorschriften der RVO. im Gebiete der Invaliden- und Unfallversicherung 289.

V. Zur Angestelltenversicherung.

Bleeck, Rechtsanwalt, Das Verfahren vor dem Rentenausschuß der RVAn. für Angestellte. 605.
Mugdan, Dr., Sanitätsrat, Das Versicherungsgesetz für Angestellte. 241.

VI. Sonstige.

Müller, Ratsassessor, Dr., Die Anwendung des sog. Genter Systems auf die Mutterschaftsversicherung. 81.
Jähnel, Neue Ziele in der deutschen Arbeiterversicherung. 581.
N. N., Einige Gedanken über die Fortentwicklung der sozialen Versicherungsgesetzgebung. 145.

Berichte, Mitteilungen, Erörterungen.

I. Krankenversicherung.

Seite
Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenversicherungsstatistik 568
Statistisches aus der KV. 713
Krankenkassenverbände 235
Übersicht über die Organisation der Krankenkassen in Preußen 836
30. Hauptversammlung des Verbandes deutscher Ortskrankenkassen 617
Vom Ortskrankenkassenverband Stuttgart 806
Betriebskrankenkassenverband; Rechnungsführung der Kassen; Arztfrage 453
Freie Vereinigung sächsischer Ortskrankenkassen 448
Verband der Krankenkassen im Bezirk der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt 449
Sitzung des Vorstandes des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen 139
Über Krankenkassenverbände, Landesvereine der Ärzte, Apotheker und ähnliche Vereinigungen . . 858
Krankenkassenverbände und Leipziger Ärzteverband 69
Vom Leipziger Ärzteverband und den Krankenkassen 141
Regelung der Verhältnisse zwischen Krankenkassen und Ärzten 643
Ärztetag. Leipziger Verband und Krankenkassen 498
Vom Leipziger Ärzteverband 19
Zum Streit zwischen Krankenkassen und Ärzten 739
Zum Streit zwischen Krankenkassen und Ärzten 805
Zur Lage im Streit zwischen Krankenkassen und Ärzten 804

Digitized by Google

Seite
Krankenkassen und Ärzte . . . 803
Zum Kampfe der Krankenkassen und Ärzte . . . 784
Ärzte und Krankenkassen im Königreich Sachsen . . . 714
Ärzte und Krankenkassen . . . 328
Einzelne Streitfälle zwischen Ärzten und Krankenkassen . . . 212
Zur kassenärztlichen Bewegung . . . 446
Ärzte und Krankenkassen in Bayern . . . 549
Der Hallesche Krankenkassen- und Ärztestreik vor dem Reichsgericht . . . 166
Einigungskommission zwischen hamburgischen Ärzten und Krankenkassen . . . 165
Abbruch der Verhandlungen des Reichsamts mit den Ärzten . . . 70
Zur Gestaltung des Berliner Kassenwesens und der Lage der Ärzte . . . 284
Zur Ausführung des § 370 RVO. . . . 834
Gegen die freie Arztwahl . . . 690
Zur Eintragungsfähigkeit der ärztlichen Vereine . . . 806
Der Ärztetag und die Musterverträge . . . 546
Grundsätze für kassenärztliche Verträge, beschlossen vom Zentralverband der Kassenärzte Berlins . 282
Ein Kassenarztvertrag . . . 571
Leitsätze für die Regelung der Verhältnisse der für Krankenkassen tätigen Ärzte (Vertragsabschluß) 615
Die Musterverträge des Leipziger Ärzteverbandes . . . 478
Muster für Verträge zwischen Ärzten und Krankenkassen . . . 355
Der Arztvertrag . . . 306
Ärztliche Gebühren für Bescheinigungen, Berichte, Gutachten . . . 549
Über Arztrechnungen . . . 70
Krankenkassen und Apotheken . . . 573
Die Übernahme der KV. durch Lebensversicherungsgesellschaften . . . 525
Zulassung besonderer Ortskrankenkassen in Hamburg . . . 690
Wichtig für die kleineren Betriebskrankenkassen . . . 616
Landwirtschaftliche Betriebskrankenkassen . . . 381
Zur künftigen Gestaltung des Kassenwesens in Köln a. Rh. . . . 474
Die künftige Organisation der Berliner Ortskrankenkassen und die Ärzte . . . 500
Zur Krankenversicherung der Dienstboten . . . 764
Zur Befreiung der Dienstboten von der Versicherungspflicht nach §§ 418, 435 RVO. . . . 809
Ein Schildbürgerstückchen gegen die RVO. . . . 835
Zur Krankenversicherung der Dienstboten . . . 835
Dienstbotenkrankenkasse in Hamburg nach der RVO. . . . 453
Der Ausschluß der in Krankenkassen Versicherten bei Einkommen über 4000 M. . . . 836
Behandlung der Anträge auf Zulassung von Krankenkassen . . . 279
Mindestzahl von Kassenmitgliedern . . . 117
Verschmelzung zweier Hilfskassen; Bedeutung für die Frage der Zulassung als Ersatzkasse . . 357
Haben die Ersatzkassen (§§ 503 ff. RVO.) Anspruch auf Anwendung der niedrigsten Stufe der Gebührenordnung für Ärzte? . . . 598
Eine Zuschußkasse im Sinne des § 365 (Vgl. auch § 389) AVG. . . . 452
Wahl der Organe der Krankenkassen . . . 668
Ausschußwahlen nach Abteilungen bei Krankenkassen . . . 765
Ist eine satzungsmäßige Beschränkung der Wählbarkeit bei Krankenkassen zulässig? . . . 716
Amtsdauer der Vertreter bei den Krankenkassen . . . 71
Zur Frage der Verlängerung der Amtsdauer der Vertreter bei den Krankenkassen . . . 92
Zur Kritik der Mustersatzungen für Krankenkassen . . . 427
Eine sonderbare ärztliche Krankenkassenordnung . . . 380
Muster einer Krankenordnung . . . 833
Muster zu Krankenordnungen . . . 806
Müssen Dienstordnungen für Krankenkassen vor dem 1. Januar 1914 aufgestellt werden? . . 502
Zur Kritik der privaten Musterdienstordnung für Angestellte der Krankenkassen . . . 692
Absägung eines Kassenbeamten auf dem Umwege der Aufhebung seiner Dienststelle . . 446, 526
Zur Wahrung der Rechte der Angestellten von Krankenkassen . . . 765
Vergütungen für die Mitglieder der Kassenorgane . . . 525
Verleihung der Beamteneigenschaft an Kassenangestellte in Preußen . . . 740
Zur Buchführung der Krankenkassen nach der RVO. . . . 670
Art und Form der Rechnungsführung bei den Krankenkassen . . . 477
Die Heilbehandlung bei den Landesversicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen der JV. . . . 163
Vertragliche Regelung der Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften . . 690
Die Krankenauslese bei der Heilbehandlung der Lungentuberkulose . . . 786
Hauspflege für Wöchnerinnen und Kranke nach der RVO. . . . 425
Pharmazeutische Ersatzmittel in der Kassenpraxis . . . 254
Die Lupusheilstätte in Hamburg . . . 548
Ein Mittelstandssanatorium . . . 524
Ermittelung der Gewerbekrankheiten. Ärztliche Sprechstunden in Betrieben . . . 476
Über das Spezialistentum in der Medizin und über die Verantwortung des Röntgenarztes insbesondere . . . 452

Digitized by Google

Seite
Anrechnung von Krankenrenten auf die Dienstbezüge städtischer Angestellter 712
Können die Krankenkassen nach der RVO. im Wege der Rechtshilfe Einsichtnahme in die berufsgenossenschaftlichen Lohnnachweise verlangen? 717

II. Zu Unfallversicherung.

Der Berufsgenossenschaftstag in Breslau 450
Konferenz der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften des Deutschen Reichs 857
Die Rechnungsergebnisse der Unfallversicherung im Jahre 1911 230
Die Berufsgenossenschaften der Eisen- und Stahlindustrie im Jahre 1911 231
Die Ergebnisse der Berufsgenossenschaften im Jahre 1911 233
Die Knappschaftsberufsgenossenschaft 43
Von der Knappschaftsberufsgenossenschaft 281
Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen 860
Zu der Auseinandersetzung zwischen Lagerei- und Fuhrwerksberufsgenossenschaft 140
Zögerndes Verhalten der Berufsgenossenschaft bei Anordnung von Sicherungsmaßregeln befreit die Mitglieder von der eigenen Verantwortlichkeit 43
Wann sind Unterleibsbrüche auf einen Unfall im Betriebe zurückzuführen? 44
Die Unfälle im Hamburger Hafen in den Jahren 1910, 1911 und 1912 740
Neuregelung des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter bei der UV. 281
Zum Begriff der Fahrzeug- und Reittierhaltung 306
Unfallvergiftungen als Betriebsunfälle 379
Die neue Regelung der frühzeitigen Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften 476
Gelten die §§ 576, 1513 RVO. über den Unfallzuschuß und über die Übernahme des Heilverfahrens vom 1. Januar 1913 ab auch für ältere Unfälle? 354
Verurteilung wegen Betrugs durch Erschleichen einer Unfallentschädigung 404
Überraschende Aufklärung angeblicher Folgen eines Betriebsunfalles 789

III. Zur Invalidenversicherung.

Die Rechnungsergebnisse der IV. im Jahre 1911 233
Die gemeinnützigen Vermögensanlagen der Träger der reichsgesetzlichen IV. bis Ende 1912 . . 282
Umfang der Invalidenhauspflege im Jahre 1912 (§ 1277 RVO.) 669
Verbesserung der Leistungen aus der IHV. 715
Statistik der Heilbehandlung bei den Trägern der IV. für die Jahre 1907 bis 1912 861
Wirtschaftliche Bedeutung des Rückganges der Betriebseinnahmen der IHV. 691
Die Einziehung der Invalidenversicherungsbeiträge durch die Krankenkassen 691
Gilt die Neufestsetzung des landwirtschaftlichen Jahresarbeitsverdienstes auch für die IHV.? . . 357
Aufwendungen für eine Arbeiterfamilie auf Grund der IHV. 547
Herabsetzung der Altersgrenze für den Bezug der Altersrente 21
Zur Frage der Herabsetzung der Altersgrenze für den Altersrentenbezug 281
Herabsetzung der Altersgrenze für die Invalidenrente 307
Gründung eines Heims für Invaliden 117
Heilverfahrensanträge von Personen, die nach dem IVG. und dem AVG. versichert sind . . . 766
Eine Härte der Übergangsbestimmungen im Gebiete der IHV. 281
Zur Vorbereitung der Invalidenversicherungssachen durch das Versicherungsamt 809

IV. Zur Reichsversicherungsordnung.

Aus dem Geschäftsberichte des RVA. auf das Jahr 1912 329
Kosten der Oberversicherungsämter für das zweite Halbjahr 1912 117
Reichsversicherungsamt und Reichsversicherungsanstalt 117
Der Große Senat des RVA. 502
Der Versicherungsamtmann 261
Können Versicherungsvertreter wegen Versäumung von Sitzungen schadensersatzpflichtig gemacht werden? 262
Zur Versicherungspflicht ausländischer Angestellter 597
Die versicherungsrechtliche Stellung der Schachtmeister 596
In welchem dienstlichen Verhältnis steht das Versicherungsamt eines preußischen Landkreises zu den Polizei- und Gemeindebehörden seines Bezirkes? 694
Die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamtes bei den Übertretungen des § 1405 RVO. . . 783
Zur Wirksamkeit des Versicherungsamts im Einspruchsverfahren nach §§ 1591 bis 1605 RVO. . 837
Muß das Versicherungsamt sämtliche von den Versicherungsträgern übersandten Fragebogen ausfüllen? Wie regelt sich der Ersatz der Kosten? 693
Amtliche Auskunft in Angelegenheiten der Reichsversicherung 477
Bedeutung der Übertragung der Rechte der Staatsbeamten an die Beamten der Versicherungsanstalten 810
Welchen Einfluß hat die Übernahme der vollen Beiträge durch den Arbeitgeber auf die Versicherung? 805

Digitized by Google

Seite
Bewilligung von Renten 236
Zur Beschleunigung des Rentenzahlungsverkehrs 70
Wartegeld bei Betriebseinschränkungen. — Versicherungsrechtliche Bedeutung 574
Keine Rückzahlung der Pensionskassenbeiträge 574
Zu § 1596 RVO. 380
Zu § 1683 RVO. 334
Zur Anwendung der §§ 1510, 1511 RVO. 190
Zur praktischen Anwendung des § 1510 RVO. 92
Einreichung der Rechtsmittelschrift durch Benutzung des amtlichen Briefkastens 596
Einlegung von Rechtsmitteln an Kaisers Geburtstag 475, 787
Unterbringung der Kinder verstorbener Versicherter in Familien oder im eigenen Heim seitens der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte 213
Straferlaß- und Strafminderungsgesuche in Versicherungssachen 236

V. Zur Angestelltenversicherung.

Hygienische und soziale Bedeutung der AV. 304
Zur AV. 524
Schwierigkeiten bei Durchführung der AV. 689
Ärzte und AV. 408
Das Heilverfahren in der AV. 424
Geschäftsgang und Verfahren bei der AV. — Oberschiedsgericht 550
Tagegelder und Reisekosten bei der AV. 260
Wahlbekanntmachung für die Körperschaftswahlen der AV. 21
Auskunftstelle in Sachen der AV. 308
Bekanntmachung betreffend das Schiedsgericht für die AV. 352
Die Beiträge zur AV. 187
Beiträge zur AV. für Krankheitszeiten 380
Sollen die Arbeitgeber die Beiträge zur AV. in voller Höhe allein tragen? 280
Quittungsleistung in der AV. 695
Zu der Quittungsleistung in der Versicherungskarte für Angestellte 142
Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente an staatliche Angestellte in Hamburg in Verbindung mit dem AVG. 214
Befreiung aus § 390 AVG. und freiwillige Weiterversicherung 783
Auskunftpflicht des Rentenausschusses 713

VI. Sonstiges.

Zur Würdigung der Sozialversicherung 523
Hat die deutsche Sozialversicherung die Erwartungen erfüllt? 356
Leistungen der Arbeiterversicherung 790
Sozialversicherung und Armenstatistik 740
Aus den Verhandlungen des Reichstages über Fragen der Reichsversicherung 188
Aus den sozialpolitischen Verhandlungen des Reichstages 166
Stellenanzeiger für Arbeiterversicherung 689, 764
Das deutsche Komitee für internationale Sozialversicherung 139
Von der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt 45
Volksversicherung 522
Volksversicherung 401
Volksversicherung 261
Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt, Reichsanstalt 573
Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt, Reichsanstalt, in Charlottenburg 281
Aus dem Reichs-Arbeitsblatt 597
Die Wißbegierde der statistischen Ämter 836
Arbeitsmarkt und Lohnstatistik 401
Staatsminister a. D. Freiherr v. Berlepsch 260
Stand der Arbeitslosenversicherung in den deutschen Städten 283
Zur Frage der öffentlichen Arbeitslosenversicherung 838
Plan einer Arbeitslosenversicherung für Groß-Berlin 616
Mutterschaftsfürsorge 117
Das Genter System 187
Der Geburtenrückgang im Deutschen Reiche 788
Geburtenrückgang in Berlin 307
Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 477
Simulation, Rentensucht und Rentenhysterie 305
Tätigkeit gemeinnütziger Rechtsauskunftstellen in Versicherungssachen 789
Auskunftserteilung von Behörden an gemeinnützige Rechtsauskunftstellen 712
Der Geschäftsbericht des Kaiserlichen Aufsichtsamts für Privatversicherung für 1912 862
Dritter internationaler Kongreß für Gewerbekrankheiten im September 1914 595
Wohnungsenquete 738

Digitized by Google

Alkoholfreie Wirtschaften 689
Die rechtsbildende Kraft der Tarifverträge 426
Beamtete Aerzte für öffentliche Zwecke 477
Verbot öffentlicher Anzeigen von Heilmitteln 380
Der Mann von 50 Jahren 91
Arbeiterfürsorge in den deutschen Schutzgebieten 68
Die Alters- und Invalidenversorgung im australischen Staatenbunde im Jahre 1900/11 . . . 45
Zum belgischen Gesetzentwurf über Sozialversicherung 328
Die Leistungen der Bezirkskrankenkasse Brünn 162
Staatliche Arbeitslosenversicherung in England 668
Die statistischen Ergebnisse der englischen Arbeiterversicherung 597
Ausbau der Krankenversicherung in England 642
Obligatorische Arbeitslosenversicherung im Kanton Neuenburg 20
Krankenversicherung in den Niederlanden 354
Die Arbeiterversicherung in Rumänien 501
Allgemeine Pensionsversicherung in Schweden 236
Zur Reform der Arbeiterversicherungsgesetze in Ungarn 42

Übersicht über die Entscheidungen der Gerichte und Behörden.

A. Aus der Arbeiterversicherung.

I. Zur Krankenversicherung.

Seite

Reichsversicherungsamt.
Entscheidung vom 26. Nov. 1912 733
„ „ 7. März 1913 272
Oberversicherungsamt Groß-Berlin.
Entscheidung vom 8. Febr. 1913 252
„ „ 29. Mai 1913 559
Versicherungsamt.
Sondershausen, Entscheidung vom 22. November 1912 87
Lübeck, Entscheidung vom 24. Okt. 1913 . 850
Baden, Verwaltungsgerichtshof.
Entscheidung vom 19. Juni 1912 16
„ „ 18. Juli 1912 253
„ „ 25. Okt. 1912 827
„ „ 20. Nov. 1912 494
„ „ 20. Nov. 1912 777
„ „ 27. Dez. 1912 539
„ „ 27. Dez. 1912 534
„ „ 7. Jan. 1913 539
„ „ 7. Jan. 1913 828
„ „ 28. Jan. 1913 610
„ „ 11. Febr. 1913 . . . 417
„ „ 18. März 1913 . . . 562
„ „ 23. April 1913 . . . 493
„ „ 24. Juni 1913 . . . 798
Bayern, Verwaltungsgerichtshof.
Entscheidung vom 26. Febr. 1912 . . . 677
„ „ 6. Mai 1912 152
„ „ 1. Juli 1912 90
„ „ 21. Okt. 1912 323
„ „ 2. Dez. 1912 392
„ „ 16. Dez. 1912 298
„ „ 23. Dez. 1912 253
„ „ 23. Dez. 1912 753
„ „ 13. Jan. 1913 539

Seite

Entscheidung vom 24. Febr. 1913 . . . 465
„ „ 17. März 1913 . . . 631
„ „ 2. Juni 1913 609
Braunschweig, Verwaltungsgerichtshof.
Entscheidung vom 5. Okt. 1910 35
„ „ 29. März 1911 . . . 61
„ „ 13. Dez. 1911 59
„ „ 10. Jan. 1912 15
„ „ 17. Jan. 1912 . . . 299
„ „ 5. Febr. 1912 . . . 850
„ „ 21. Mai 1912 659
„ „ 12. Juni 1912 . . . 224
„ „ 19. Sept. 1912 . . . 67
„ „ 2. Okt. 1912 254
„ „ 2. Okt. 1912 275
Hessen, Verwaltungsgerichtshof.
Entscheidung vom 6. Jan. 1912 609
Preußen, Oberverwaltungsgericht.
Entscheidung vom 23. Nov. 1911 . . . 131
„ „ 15. Febr. 1912 . . . 510
„ „ 28. März 1912 . . . 798
„ „ 6. Juni 1912 34
„ „ 24. Juni 1912 . . . 17
„ „ 30. Sept. 1912 . . . 197
„ „ 31. Okt. 1912 251
„ „ 31. Okt. 1912 297
„ „ 14. Nov. 1912 297
„ „ 21. Nov. 1912 . . . 321
„ „ 28. Nov. 1912 492
„ „ 31. Nov. 1912 438
„ „ 2. Dez. 1912 416
„ „ 2. Dez. 1912 732
„ „ 2. Dez. 1912 322
„ „ 5. Dez. 1912 492
„ „ 12. Dez. 1912 391

Digitized by Google

	Seite
Entscheidung vom 12. Dez. 1912	393
„ „ 6 Jan. 1913	373
„ „ 20. Jan. 1913	467
„ „ 30. Jan. 1913	493
„ „ 3 Febr. 1913	345
„ „ 17. Febr. 1913	466
„ „ 20 Febr. 1913	437
„ „ 6. März 1913	538
„ „ 17. März 1913	512
„ „ 1. April 1913	587
„ „ 3. April 1913	608
„ „ 17. April 1913	656
„ „ 28. April 1912	657
„ „ 28. April 1912	658
„ „ 5. Mai 1913	659
„ „ 7. Juli 1913	797
„ „ 9 Juli 1913	753
„ „ 10 Juli 1913	734
Sachsen, Oberverwaltungsgericht.	
Entscheidung vom 27. Mai 1913	706
Anhalt, Staatsministerium.	
Bescheid vom 30. August 1913	660
Preußen, Handelsminister.	
Bescheide vom 11. und 14. Juli 1913	559
Regierungspräsident zu Köln.	
Bescheid vom 20. März 1913	392
Württemberg, Regierung des Jagstkreises.	
Bescheid vom 16. November 1912	540
Kreisregierung zu Ellwangen.	
Bescheid vom 15. Juli 1912	36
Magistrat zu Saalfeld.	
Bescheid vom 25. Januar 1910	197
Gemeindevorstand zu Jena.	
Bescheid vom 27. Juni 1913	661
Reichsgericht	
Entscheidung vom 17. Mai 1912	156
„ „ 17. Dez. 1912	273
„ „ 29. April 1913	467
Kammergericht.	
Entscheidung vom 14. Okt 1910	37
Landgericht	
I Berlin, Entsch. vom 13. Febr. 1913	512
„ „ „ 19. Mai 1913	708
Bonn, „ „ 26. April 1913	585
„ „ „ 15. Mai 1913	734
Duisburg, „ „ 10. Jan. 1912	88
Gera, „ „ 24. April 1912	132
Königsberg, „ „ 20. Sept. 1911	114
„ „ „ 1. Nov. 1911	113
Metz, „ „ 12. Juni 1912	199
„ „ „ 10. Juli 1912	198
Neustrelitz, „ „ 18. Okt. 1912	390
Amtsgericht.	
Düsseldorf, Entsch. vom 20. März 1913	563
Euskirchen, „ „ 5. Jan. 1913	222
Hamburg, „ „ 2 Juli 1912	273

II. Zur Unfallversicherung.

	Seite
Reichsversicherungsamt.	
Entscheidung vom ?	200
„ „ 2. März 1912	39
„ „ 24. April 1912	277
„ „ 4. Mai 1912	62
„ „ 8. Mai 1912	63
„ „ 9. Mai 1912	39
„ „ 14. Mai 1912	63
„ „ 18. Mai 1912	64
„ „ 20. Juni 1912	158
„ „ 17. Sept. 1912	224
„ „ 18. Sept. 1912	225
„ „ 18. Sept. 1912	134
„ „ 4. Okt. 1912	225
„ „ 18. Okt. 1612	203
„ „ 30. Okt. 1912	201
„ „ 5. Nov. 1912	202
„ „ 8. Nov. 1912	225
„ „ 8. Nov. 1912	662
„ „ 14. Nov 1912	255
„ „ 22. Nov. 1912	206
„ „ 23. Nov. 1912	159
„ „ 16. Dez. 1912	226
„ „ 2. Jan. 1913	227
„ „ 2. Jan. 1913	663
„ „ 2. Jan. 1913	255
„ „ 2. Jan. 1913	346
„ „ 2. Jan. 1913	418
„ „ 2. Jan. 1913	495
„ „ 11. Jan. 1913	468
„ „ 13. Jan. 1913	324
„ „ 15. Febr. 1913	405
„ „ 19. Febr. 1913	494
„ „ 20. Febr. 1913	374
„ „ 21. Febr. 1913	375
Entscheidung vom 22. Febr. 1913	374
„ „ 24. Febr 1913	664
„ „ 25. Febr. 1913	348
„ „ 25. Febr. 1913	515
„ „ 1. März 1913	439
„ „ 4. März 1913	325
„ „ 8. März 1913	440
„ „ 28. März 1913	439
„ „ 29 März 1913	515
„ „ 2. April 1913	664
„ „ 5. April 1913	514
„ „ 8 April 1913	394
„ „ 10. April 1913	680
„ „ 25. April 1913	680
„ „ 25. April 1913	680
„ „ 26. April 1913	851
„ „ 28. April 1918	495
„ „ 29. April 1913	612
„ „ 30. April 1913	418
„ „ 15. Mai 1913	541
„ „ 14. Juni 1913	589
„ „ 14. Juni 1913	637
„ „ 19. Juni 1913	735
„ „ 30. Juni 1913	680
„ „ 12. Juli 1913	736
„ „ 9. Sept. 1913	851
„ „ 17. Sept 1913	778
Landesversicherungsanstalt, badische	
Entscheidung vom 30 Jan. 1913	300
bayrische	
Entscheidung vom 11. Okt. 1911	589
„ „ 6. März 1912	755
„ „ 5. Juni 1912	681
„ „ 18. März 1913	830

Digitized by Google

Seite

sächsische
Entscheidung vom 12. März 1912 . . . 799
„ „ 18. Sept. 1912 . . . 799
württembergische
Entscheidung vom 19. Okt. 1912 64
„ „ 9. Nov. 1912 204
Oberversicherungsamt
München, Entscheidung vom 29. März 1913 347
„ „ 29. März 1913 394

Baden, Verwaltungsgerichtshof.
Entscheidung vom 18. März 1913 . . . 469
Bayern, Verwaltungsgerichtshof.
Entscheidung vom 29. Mai 1911 . . . 157

Seite

Preußen, Oberverwaltungsgericht.
Entscheidung vom 7. Okt. 1912 158
„ „ 2. Dez. 1912 419
„ „ 16. Dez. 1912 419
„ „ 17. Febr. 1913 418
„ „ 22. Mai 1913 754
Regierungspräsident zu Oppeln
Bescheid vom 2. April 1913 394

Bayern, Kompetenzgerichtshof.
Entscheidung vom 26 Juni 1912 . . . 133

Reichsgericht.
Entscheidung vom 18. Nov. 1912 325
„ „ 23. Mai 1913 564
„ „ 19. Juni 1913 755

III. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Seite

Reichsversicherungsamt.
Entscheidung vom ? 259
„ „ 17. Jan. 1912 . . . 277
„ „ 13. März 1912 . . . 300
„ „ 2. April 1912 . . . 226
„ „ 21. Juni 1912 . . . 565
„ „ 29. Juni 1912 . . . 496
„ „ 17. Juli 1912 . . . 230
„ „ 23. Aug. 1912 . . . 470
„ „ 23. Okt. 1912 . . . 115
„ „ 2. Nov. 1912 . . . 256
„ „ 9. Nov. 1912 . . . 258
„ „ 3. Dez. 1912 . . . 277
„ „ 13. Dez. 1912 . . . 516
„ „ 14. Dez. 1912 . . . 81
„ „ 3. Jan. 1913 . . . 259
„ „ 7. Jan. 1913 . . . 710
„ „ 17. Jan. 1913 . . . 420
„ „ 19. Jan. 1913 . . . 711
„ „ 22. Jan. 1913 . . . 780
„ „ 31. Jan. 1913 . . . 516
„ „ 31. Jan. 1913 . . . 665
„ „ 4. Febr. 1913 . . . 685
„ „ 7. Febr. 1913 . . . 543
„ „ 12. Febr. 1913 . . . 543
„ „ 13. Febr. 1913 . . . 640
„ „ 17. Febr. 1913 . . . 613
„ „ 19. Febr. 1913 . . . 686
„ „ 11. März 1913 . . . 736
„ „ 17. April 1913 . . . 757
„ „ 18. April 1913 . . . 756
„ „ 25. April 1913 . . . 497
„ „ 20. Mai 1913 . . . 801
„ „ 21. Mai 1913 . . . 497
„ „ 29. Mai 1913 . . . 832
„ „ 14. Juni 1913 . . . 682
„ „ 14. Juni 1913 . . . 758
„ „ 18. Juni 1913 . . . 779
„ „ 21. Juni 1913 . . . 737
„ „ 9. Juli 1913 . . . 856
„ „ 12. Juli 1913 . . . 855
Landesversicherungsamt.
badisches,
Entscheidung vom 12. Dez. 1912 300
bayerisches,
Entscheidung vom 11. Okt. 1912 471
„ „ 16 Dez. 1912 397
sächsisches,
Entscheidung vom 9. Nov. 1912 208
„ „ 9. Nov. 1912 209

Seite

Oberversicherungsamt.
Frankfurt a. O.,
Entscheidung vom 12. Sept. 1912 . . . 227
„ „ 9. Okt. 1912 227
Hamburg,
Entscheidung vom 21. Sept. 1912 . . . 40
„ „ 5 Okt. 1912 210
„ „ 4. Febr. 1913 709
„ „ 17. Febr. 1913 . . . 471
„ „ 17. Febr. 1913 . . . 518
Köln,
Entscheidung vom 15. April 1913 . . . 780
Königsberg, Pr.,
Entscheidung vom 16. August 1912 . . . 228
Knappschafts-Oberversicherungsamt.
Halle a. S.,
Entscheidung vom 11. Dez. 1912 209
Versicherungsamt.
Breslau, Entscheidung vom 17. März 1913 780
Hamburg, „ „ 7. August 1912 40
„ „ „ 16. Dez. 1912 229
„ „ „ 17. Dez. 1912 518
Hannover, „ „ 5. März 1913 639

Bayern, Verwaltungsgerichtshof,
Entscheidung vom 16. Dez. 1912 135
Braunschweig, Verwaltungsgerichtshof,
Entscheidung vom 18. Dez. 1912 349
Preußen, Oberverwaltungsgericht,
Entscheidung vom 1. April 1913 441

Reichsgericht,
Entscheidung vom 23. Dez. 1912 613

Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts
zur Krankenversicherung 393
zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, 17, 349, 399, 444, 566, 687, 782, 802
zur Unfallversicherung 39, 441, 542, 779, 800
Rechtsprechung anderer Behörden und Gerichte
zur Krankenversicherung 333
zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 160, 333
zur Unfallversicherung 331
zur Angestelltenversicherung 590, 666, 762, 763

Digitized by Google

	Seite
Rechtsprechung zur Reichsversicherungsordnung.	
Reichsversicherungsamt,	
Entscheidung vom 5. März 1913	656
„ „ 5. Mai 1913	630
„ „ 8. Mai 1913	706
„ „ 8. Mai 1913	848
„ „ 11. Juni 1913	825
„ „ 4. Juli 1913	797
Bayern, Verwaltungsgerichtshof	
Entscheidung vom 24. Febr. 1913	607
Hessen, Verwaltungsgerichtshof	
Entscheidung vom 24. Mai 1913	705
Kammergericht,	
Entscheidung vom 28. April 1913	655
LG. I Berlin,	
Entscheidung vom 11. Juli 1913	585

B. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

	Seite
LG. Breslau vom 16. April 1912	41
RG. vom 21. Oktober 1912	42
LG. I Berlin vom 26. Februar 1912	58
Preuß. OVG. vom 17. Oktober 1912	65
RG. vom 29. Oktober 1912	116
Hanseatisches Oberlandesgericht vom 18. Sept. 1912	136
RG. vom 16. November 1912	211
LG. I Berlin vom 17. Mai 1912	211
RG. vom 16. Januar 1913	259
„ „ 31. Januar 1913	350
LG. II Berlin vom 9. November 1912	350
LG. Bremen vom 14. Januar 1913	352
KG. vom 30. November 1912	353
RG. vom 21. Januar 1913	353
KG. vom 4. April 1913	399
RG. vom 3. Februar 1913	400
„ „ 16. Januar 1913	473
Verordnung des sächsischen Ministeriums des Innern über die Frage, ob juristische Personen verpflichtet sind, einer Zwangsinnung anzugehören	473
LG. I Berlin vom 14. Januar 1913	520
RG. vom 18. März 1913	521
RG. vom 7. März 1913	567
KG. vom 15. März 1913	567
Kaufmannsgericht Mannheim vom 19. April 1913	614
RG. vom 28. Januar 1913	641
LG. Duisburg vom 24. April 1913	667

Angezeigte Schriften.

	Seite
Amtliche Nachrichten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte	309
Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte. Düttmann, Appelius, Seelmann	427
Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte. Von Mentzel, Schulz und Sitzler. 1. Hälfte	28
Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte. Von H. Potthoff	811
Versicherungsgesetz für Angestellte. Handausgabe von Stier-Somlo	427
Jahrbuch der Arbeiterversicherung für 1913. Von E. Götze und P. Schindler	285
Was Ludwig Müller von der Arbeiter- und Angestelltenversicherung hatte. Von Düttmann	623
Leitfaden zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reiches. Bearbeitet von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts	189
Die Ersatzansprüche der Armenverbände nach der RVO. und dem AVG. Von H. Seelmann	285
Die Arztfrage in der RVO. Von Mugdan und Wandel	812
Allgemeines Berggesetz für die preuß. Staaten. Textausgabe von Westhoff und Schlüter. 3. Aufl.	645
Die Entwicklungsrichtungen der deutschen Volkswirtschaft. Von Mendelson	718
Gesetz und Recht. Zeitschrift für allgemeine Rechtskunde. Herausgegeben von Alfred Langewort	308
Ein sozial-hygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800. Von A. Fischer	811
Grundriß der sozialen Hygiene. Von A. Fischer	406
Hilfstabellen zur Berechnung der Versicherungsbeiträge und der Kassenleistungen nach der RVO. Von A. Kolbeck	358
Tafeln zur Ermittlung der Invaliden- und Altersrenten. Von Beckmann-Riebour. 2. Aufl.	308
Leitfaden für die Vorbereitung und Begutachtung der Invaliden- und Hinterbliebenen-Rentenanträge durch die Versicherungsämter. Von Seelmann	645
Die Invalidenversicherungspflicht nach der RVO. Von Buele	623
Deutscher Juristenkalender für 1913	142

Digitized by Google

Seite
Handbuch der Krankenversicherung. Ausführlicher Kommentar von J. Hahn. Bd. 1 358
Die Krankenversicherung der Landarbeiter. Von Knebusch 718
Die Krankenversicherung nach der RVO. Von Th. Petersen 623
Nachschlagebuch zur Krankenversicherung. Von F. Wiedemann 285
Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung. Herausgegeben von Kaskel u. a. 308
Die Nervenkrankheiten nach Unfällen. Von G. Flatau 309
Die Reichsgewerbeordnung, mit dem Hausarbeits-, Kinderschutz- und Stellenvermittlergesetz. Erläutert von G. Lindenberg 406
Gemeinverständliche Darstellung der deutschen Reichsversicherung v. Dr. Weymann 285
Die Reichsversicherungsordnung. Erläutert von G. Hoch 718
Die Reichsversicherungsordnung, Textausgabe. 4. Buch: Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Bearbeitet von Follmann und Jaup 143
Berechnungen zur Reichsversicherungsordnung und zum Versicherungsgesetz für Angestellte. Von F. Unger 285
Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts 1912. Von Hs. Th. Soergel 215
Sammlung von Entscheidungen des Reichsversicherungsamts, der Landesversicherungsämter und der Oberversicherungsämter. Herausgeg. v. Breithaupt 646
Die Seeunfallversicherung. Erläutert von M. Schauseil 309
Soziale Kultur und Volkswohlfahrt während der ersten 25 Regierungsjahre Kaiser Wilhelms II. 645
Unerwünschte Folgen deutscher Sozialpolitik? Von H. Stursberg 646
Die Sozialversicherung in Europa 142
Wörterbuch des deutschen Staats- und Verwaltungsrechts von M. Fleischmann. Lfg. 18—21 285
Die rechtliche Stellung der Aerzte, Apotheken, Kranken- und Heilanstalten nach der RVO. Von Martincourt 812
Unfallverhütungsvorschriften für die Verwendung elektr. Stromes in landw. Betrieben. Von H. Noetel 623
Ausführungsbestimmungen zur landw. Unfallversicherung. Von H. Noetel . . . 718
Das Gefahrentarifwesen und die Beitragsberechnung der Unfallversicherung. Von K. Hartmann 646
Handbuch der Unfallversicherung. Herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. 3 Aufl. Ergänzungsband 427
Unfallversicherung, Kommentar zum 3. Buch der RVO. Von Moesle und Rabeling 623
Jahrbuch der Rechtsprechung zum Verwaltungsrecht. 5. Jahrg. Von Hs. Th. Soergel 623
Zusammenwirken der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiet der ersten Hilfe. Von Kaufmann 622

Sachregister.

Abkürzungen.

AV. = Angestelltenversicherung.
AVG. = Versicherungsgesetz für Angestellte.
BG. = Berufsgenossenschaft.
BK. = Betriebskrankenkasse.
BU. = Betriebsunfall
GUV. = Gewerbliche Unfallversicherung.
IHV. = Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.
Kk. = Krankenkasse.
KV. = Krankenversicherung.
LKk. = Landkrankenkasse.
LUV. = Landwirtschaftliche Unfallversicherung.
OVA. = Oberversicherungsamt.
OKk. = Ortskrankenkasse.
RVAm. = Reichsversicherungsamt.
RVAn. = Reichsversicherungsanstalt.
RVO. = Reichsversicherungsordnung.
UV. = Unfallversicherung.
VA. = Versicherungsamt.

(Die Zahlen verweisen auf die Seiten.)

A.

Abfindungskapital bei Rentenbezug 858.
Abmeldung, Strafe (n.) 161. Siehe auch Anmeldung.
Abonnentenversicherung 111.
Agent bei Versicherungsgesellschaft, rechtliche Stellung 567.
Akkordanten bei KV., Schachtmeister (a.) 118.
Akkordarbeiter, Grundlohn bei KV. (a.) 345.
Akteneinsicht, Recht der Versicherungsträger auf A. (n.) 558; A. bei UV. (n.) 689.
Alkoholfreie Wirtschaften 689.
Alkoholkrankheiten, Heilbehandlung 164.
Alter siehe Lebensalter.
Alters- und Invalidenversorgung, Australien 45.
Altersrente, Beschäftigung eines Baugewerbetreibenden in den drei vorgesetzlichen Jahren (n.) 18; Höhe der A. 77; Tafeln zur Ermittelung

Digitized by Google

der A. 308: Erfüllung der Wartezeit (n.) 423; Herabsetzung der Altersgrenze 21, 281, 581; Zahl der im Jahre 1912 bewilligten A. 236.

Altersschwäche (a.) 827.

Anfechtung der Ausschußwahlen zur allgemeinen OKk. (n.) 625.

Angehörigenrente und Hinterbliebenenrente (a.) 589.

Angehörigenunterstützung, Voraussetzungen der Verpflichtung (a.) 417; Umfang der Leistungspflicht der Kk. (a.) 719.

Angehöriger eines Kassenmitgliedes, Ersatzanspruch eines Armenverbandes für Heilanstaltspflege (a.) 22, 95; Krankenhauspflege (a.) 131; Ehefrau (a.) 156; Umfang des Ersatzanspruchs des Armenverbandes (a.) 321. Siehe auch Familienangeh.

Angestellte, Begriff 153 f., 242; „Sonstige" A. bei KV. (n.) 2; AV. Stellenlose 592; Teilnehmer einer offenen Handelsgesellschaft als A. der Gesellschaft 592; Ehefrau als A. 592; Firmeninhaber als A. der Konkursmasse 592. Siehe auch BG., Kk., OKk., ferner AV.pflicht, InV.pflicht, KV.pflicht, UV.pflicht.

Angestelltenstand, Lage 597.

Angestelltenversicherung, Die, Amtliche Nachrichten der RVAn. für Angestellte 309.

Angestelltenversicherung, hygienische und soziale Bedeutung 304; Interessen der Arbeitgeber 524; Schwierigkeiten bei der Durchführung der A. 689.

Kreis der versicherten Personen 241.

Hauptberuf, mehrere Tätigkeiten 590; Teilnehmer einer offenen Handelsgesellschaft 592; Rechtsanwälte und Syndizi 592; Inhaber von Zeitungskorrespondenzen 592; Nebenberuf 593; Angestellte der BG.en 260, 327; Angestellte einer selbständigen ausländischen Filiale einer deutschen Firma 288, 597; Angestellte der Handelsvertretungen und Handwerkskammern 301; Lehrlinge 242, 527.

Einzelne Angestellte:

Aufsichtsdamen zur Überwachung von Haltekindern 590; Aufsichtspersonen in medikomechanischen Instituten 591; Bademeister 590; Betriebsschreiber einer Fabrik 666; Desinfektoren 590; Diakonissen 591; Erklärer in Kinotheatern 590; Erzieher 763; Gehilfen in Röntgenlaboratorien 591; in Krankenhäusern, Herbergen, Heimen usw. 591; Handlungsgehilfen, Bahnhofsbuchhandel 591; siehe auch Kutscher; Hausväter 590; Kassierer eines Abzahlungsgeschäfts 666; Katastergehilfen 590; Kontordiener 590; Kopisten 590; Korrektoren 590; Korrespondenten 590; Krankenpfleger 242, 591; Kutscher als Handlungsgehilfen 591; Lageristen 763; Lehrer, vertretungsweise beschäftigte 186; siehe auch Privatlehrer; Maschinenschreiber 591; Masseure 591; Meieristen 590; Oberheuer, Obersteiger 591; Poliere 591; Pförtner in Hotels 590; bei Werften 667; Pianisten in Kinotheatern 590; Privatlehrer 666, 762; siehe auch Stundengeben; Probebrüder 591; Probeentnehmer bei Handelskammern 590; Rechercheure bei Auskunfteien 591; Registratoren, kaufmännische 591; Rendanten von Kk. 719; Schächter 590; Schaufensterdekorateure 591; Schutzleute 591; Steiger 591; Stenographen 763; Stenotypistinnen 666; Straßenbahnkontrolleure 591; Stuhlmeister 591; Stundengeben 592; Telephonistinnen 591; Verkäuferinnen in Bäckereien 591; Vorführer in Kinotheatern 590; Wärter in Anstalten für Epileptiker 591; Werkmeister 666; Zeitungsangestellte 592; Zuschneider 591.

Zeitpunkt bei Altersgrenze 666.

Streitigkeiten über die A. 341.

Versicherungsfreie Personen:

Beamte der allgemeinen Verwaltung in Preußen 184; der Verwaltung der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten 184, 186; im Kirchendienst Angestellte 185; Reichs- und Staats- und die ihnen gleichgestellten Beamten 763; Staatsbeamte in Hamburg 214; Mitglieder des Kirchenvorstandes einer katholischen Pfarrgemeinde 763; wissenschaftliche Ausbildung, Schauspieler 763.

Freiwillige Versicherung.

Vollendung des 60. Lebensjahrs 595; Begründung des Antrags 595; Zeitpunkt 764; Wahl der Lohnklasse 595; Gehaltsklasse; Beibehaltung 595: Wahl der Gehaltsklasse und der Beiträge 595; Entrichtung von Beiträgen 595; Befreiung 593, 595; Zeitpunkt des Entrichtens der Beiträge 764; Pflicht zur Nachzahlung 764; Sterbemonat 764; Abkürzung der Wartezeit 595; Wahlrecht der Versicherten 595; freiwillige Höherversicherung 593; Nachversicherung 762.

Organisation 243.

Wahlbekanntmachung für die Körperschaftswahlen 21; Tagegelder und Reisekosten der Beamten der AV. 260; Geschäftsgang und Verfahren 550; Rentenausschüsse, Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192); Berechnungen zur RVO. und zum AVG. 285; Auskunftsstelle 308; Schiedsgericht in Berlin 327, 354.

Beiträge, Gehaltsklassen 244.

Beitragspflicht, Nichtauszahlung des Gehalts 593; Feststellung der Gehaltsklasse zur Beitragsberechnung 593, 763; Höhe bei Jugendlichen 593; Beitragsmonate 186; nach dem 65. Lebensjahr 593; Heilverfahren 424; Anrechnung von Krankengeld auf die B. 593; B. für Krankheitszeiten 380; B. von Angestellten im Auslande 116; Zahlung während einer militärischen Übung 763 f.; Zeit des Abzuges bei Gehaltsvorauszahlungen 593; Tragen der B. durch die Arbeitgeber allein 280, 305, 805; Eingang der B. 187; Sicherstellung der B. 68; Erstattung der B. weiblicher Personen 247; Merkblatt für die Entrichtung der B. 544; Zeiten zur Erhaltung der Anwartschaft 593; Arbeitgeber bei Musikkapellen in Gastwirtschaften 593.

Leistungen der AV. 245.

Genehmigung für Übertragung der Versicherungsansprüche in Preußen 187.

Pensionseinrichtungen, Lebensversicherungen 249.

Gewährleistete Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente 18, 138, 471; Antrag auf

Digitized by Google

Befreiung 594; Zeitpunkt der Antragstellung 763; Wirkung der Befreiung, freiwillige Weiterversicherung 783; Erhöhung des Zuschusses 594; Rückkaufsfähigkeit, Überweisung 594; Abtretung eines Teiles der Kapitalversicherung mit Prämienfreiheit bei Invalidität 594; Überweisung von Arbeitgeberbeiträgen 594; Hinterlegung des Versicherungsscheins 594 f.; Fortfall der Befreiung 594; Beleihung und Verpfändung der Lebensversicherungspolice 594; Verzicht auf Befreiung 594; Wiederaufnahme der Prämienzahlung 594; Risikenauswahl der Knappschaftskassen 764; Zulassung gewisser Ersatzkassen 188. Siehe auch die Worte Pensionseinrichtungen und Lebensversicherungen.

Angestelltenversicherungsgesetz 241 ff.; Kommentar und Ausgaben 285, 427, 646, 811.

Anhörung von Personen (n.) 720.

Anmeldung bei KV., Pflicht (a.) 29, 118, 120; verspätete A. (a.) 96; Unterlassen der A., Strafe (a.) 156, 161; Pflicht zur Anzeige des Unterlassens (a.) 360; Ersatzpflicht des Unternehmers wegen Unterlassens 152, 743, 813; bei Handelsgesellschaften (a.) 539; Verjährung der Strafverfolgung bei falscher Angabe des Eintrittstages 23; ungerechtfertigte Abmeldung (a.) 494; Form und Inhalt der A. (n.) 364, 412 f.; Verlängerung der Fristen durch den Vorstand (a.) 384; Auseinandersetzung mit dem Arbeitgeber wegen A. bei einer unzuständigen Kk. 883.

Anwälte siehe Rechtsanwälte.

Anwartschaft, Erlöschen bei AV. (n.) 245; Verlust der A. bei JV. (Ü.) 256; A. in der Übergangszeit 289 f.

Anwartschaftsbescheid, Natur und Rechtskraft (n.) 149 ff.; Form (n.) 259, 349; Erteilung des A. durch das Oberversicherungsamt (n.) 782; Rechtsmittel (n.) 149 ff.

Anwartschaftsfrist bei JV., Anrechnung der Beiträge auf abgelaufene A. (n.) 687; Einfluß auf die A. (n.) 687.

Apotheker, KV.pflicht der Gehilfen und Lehrlinge (n.) 2; Verhältnis der A. zu den Kk. 26 ff., (n.) 573, 620; Umgehung des von der Kk. bestimmten A. 719; Rabatt, Handverkaufslisten in Preußen, (n.) 512, 776; Landesvereine der A. 858; Deutscher A.verein 859; Verein zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen deutscher A. 860; Württembergischer pharmazeutischer Landesverein 860; Verband deutscher A. 860.

Arbeiter, gleichartiger bei GUV. (n.) 121; ausländische A. im Deutschen Reich 402.

Arbeiterfürsorge, Schutzgebiete 68.

Arbeiterkolonien, Befreiung von Arbeitslosen in A. von der Krankenversicherungspflicht 4.

Arbeiterkrankenkassen 598.

Arbeiterpensionskassen als Wohlfahrtseinrichtungen im Sinne der Vorschriften der Gewerbeordnung über die Verwendung des Arbeitsverdienstes 400.

Arbeiterschutzbestimmungen 570.

Arbeitersekretariate 860.

Arbeiter- und Angestelltenversicherung. Monatsschrift 308; Buch von Düllmann 623.

Arbeiterversicherung, deutsche, bisherige Wirkungen 189; Entwöhnung von eigener Sorge für sich 304; Geschichte der deutschen A. 645; Leistungen der A. 790; Vermögensanlage 190; Lasten 190; neue Ziele 581; Jahrbuch der A. für 1913 285; Monatsblätter für A. 329; Stellenanzeiger 689; Leitfaden 189; Abkommen zwischen dem Deutschen Reiche und Italien 303; englische A., statistische Ergebnisse 597. Siehe auch Sozialversicherung.

Arbeiterversicherungsgesetze in Ungarn 42; in Rumänien 501.

Arbeiterwohlfahrt, Reichsanstalt, Ausstellung 281, 329, 573.

Arbeiterwohnungen 738.

Arbeitgeber von Musikkapellen in Gast- und Kaffeehäusern bei JHV. (n.) 18, 445; des häuslichen Dienstboten (a.) 798; Konkurs des A. bei JHV. 40; mehrere A. bei AV. 244; Leistungsfähigkeit bei KV. (n.) 627; Wahlberechtigung bei KV. (n.) 601 ff.; Ausübung des Wahlrechts (n.) 791; Wählbarkeit (n.) 602 ff.; Selbstwahl 791; A. als Angestellte (n.) 604; Ersatzanspruch des A. gegen die Kk. wegen der Kosten der ärztlichen Behandlung (a.) 239; Verjährung des Anspruchs auf Rückforderung irrtümlich gezahlter Beiträge (n.) 18; Vertretung des A. bei KV. (a.) 23; Tragung der Beiträge zur AV. durch die A. allein 280, 305; strafrechtliche Verantwortlichkeit eines minderjährigen A. (a.) 467; stiller Gesellschafter (a.) 609.

Arbeitgebervertreter, Wählbarkeit des Direktors eines städtischen Betriebes (n.) 864; A. in der KV., Bedeutung der Amtsniederlegung 407.

Arbeitsbuch, Einbehalten wegen Vertragsbruchs 431.

Arbeitsfähigkeit, verminderte, Grundlohn bei KV. 5; Beweis der Unfähigkeit durch Zeugnis der Hebamme (a.) 94.

Arbeitslohn, Steigerung, Berücksichtigung bei der JV. 79.

Arbeitslose, Befreiung von der Krankenversicherungspflicht 4; Zählung 402.

Arbeitslosenversicherung, Zwang im Kanton Neuenburg 20 f.; Stand der A. in deutschen Städten 283; Plan einer A. für Groß-Berlin 616; A. in England 668; öffentliche A. 838.

Arbeitsmarkt, Statistik 401, 568 f., 597.

Arbeitsnachweis, Stelle in Lübeck 69, Statistik 402.

Arbeitsordnung, Zwang der Zugehörigkeit zur Bkk. in Preußen (a.) 178.

Arbeitsruhe der Wöchnerinnen 83.

Arbeitstage, Begriff bei KV. (a.) 661, 671; Sonn- und Festtage 10, 59, 430; Berechnung des durchschnittlichen Verdienstes für den vollen A. (n.) 108; betriebsübliche Zahl der A. bei GUV. (n.) 123.

Arbeitsunterbrechung, Meldung bei KV. (n.) 413 f.

Arbeitsverdienst bei KV. Provision eines Reisenden (a.) 526; bei JHV. Trinkgelder 780.

Arbeitsverhältnis bei KV., Urlaub (a.) 21; Einstellung der Arbeit wegen Frostwetters (a.) 88; Unterbrechungen des A. (Ü.) 782; A. einer Krankenschwester 864.

Arbeitsversuch, mißglückter, bei KV. (a.) 850.

Arbeitsvertrag, gewerblicher 719; Tarifverträge 426; siehe auch Dienstverträge.

Armenpflege, Einschreiten Dritter für den Armenverband als A. (a.) 538.

Armenunterstützung, Höhe 76; Fall der A. 71, 119; mittelbare A. 505 f.

Armenverband, Die Ersatzansprüche der A. nach der RVO. und dem AVG. 285; Ersatzansprüche der A. 505 ff.; bei erweiterter Krankenpflege 654; Ersatzanspruch für Unterbringen einer Person in einer Heilanstalt wegen Schutzes vor Vermögensverlusten (a.) 17; für Heilanstaltspflege eines Angehörigen des Kassenmitgliedes (a.) 22, 95;

Digitized by Google

Ersatzanspruch eines A. gegen eine Kk. für Unterstützung eines gemeingefährlich kranken Mitgliedes (a.) 34; Gesamtschuldverhältnis einer Kk. und eines A. (a.) 65; Anspruch des A. auf Zahlung von Krankengeld (a.) 119; Ersatzanspruch für Überführung des Versicherten in eine andere Heilanstalt (a.) 708; für Angehörigenunterstützung (n.) 744; für Beförderung eines Kassenmitgliedes in eine Irrenanstalt (a.) 813; Ersatzanspruch des A. gegen die Kk. bei Krankenhauspflege (a.) 238, (n.) 825; der Ehefrau (a.) 156; Ermittelung der Hilfsbedürftigkeit (a.) 416; Armenpflege oder polizeiliches Einschreiten (a.) 438; Schadenersatzanspruch des A. gegen die Kk. (a.) 456; Sätze beim Ersatz (a.) 321; Pauschquantum neben Anstaltspflegekosten (a.) 795; Schuldner des Ersatzanspruchs (a.) 216.

Artistentruppe, Halter als selbständiger Gewerbetreibender 520.

Ärzte bei Schließung der Gemeindekrankenversicherungen 530; rechtliche Stellung (n.) 812; Verhältnis zu den Kk. 19 f., 26 ff., 69 f. 306, 328, 619, 739, 784, 805 ff.; in Bayern 549; in Sachsen 714; in Hamburg 126, 165; in Halle 166; Verhandlungen des Reichsamts des Innern mit den Ä. 70; Organisation der OKk. in Berlin 500; nicht ausreichende Zahl von Ä. (Ü) 464; Rechnungen der Ä. 70; Ersatz der Kosten eines Zeugnisses 71; Tätigkeit der Ä. in der AV. 241 ff, 403, 498; Nachweisung der Ä. bei Kk. (n.) 793 ff.; beamtete Ä. für öffentliche Zwecke 477. Siehe auch Kassenärzte, Spezialärzte.

Ärztekulis 457 ff.

Ärzteverbände und Vereine, Deutscher Ä.vereinsbund 859; Verband der Ä. Deutschlands (Leipziger) 19 f., 69 f., 403, 453, 457 ff., 478, 498, 784, 859; Verband der freien ärztlichen Vereinigungen Württembergs (Eßlinger Delegiertenverband) 859; Verein für freie Arztwahl in Stuttgart 859; Ärztlicher Landesverein in Württemberg 859; Stuttgarter ärztlicher Verein 859; Reichsverband deutscher Ärzte 859; Ä.vereine, Wirkung 714; Eintragungsfähigkeit 806, 399, 405 ff., 499 ff.

Aztfrage in der RVO. 812.

Ärztliche Behandlung in der KV. (n.) 27; Ersatz durch gesetzliches Krankengeld (a.) 197; Massage als ä.B. (a.) 96; Vielgeschäftigkeit des Arztes 212; Zahnbehandlung 212; Geburtshilfe 212; Zeitversäumnis des Arztes 212; mehrfache Untersuchungsgebühr 212 f.; unnötige Ausgaben 213; Concordia Medica 213; Harnuntersuchung 286; Plombieren der Zähne 359, 383; Nachtbesuche 741; Spezialarzt 198, 213.

Ärztliche Berichte, Gebühren 549.

Ärztliche Bescheinigung bei JV. (n.) 458 ff.; Ersatz der Kosten (a.) 258, 459; Beweiswert einer ä. B. ohne Begründung 493; Gebühren für ä. B. 549.

Ärztliche Gutachten, Gebühren als Kosten des Heilverfahrens (a.) 18; ä. G. in JV.sachen 458 ff.; Gebühren für ä. G. 549.

Ärztliche Sprechstunden in Betrieben 476.

Ärztliche Versorgung, ernstliche Gefährdung (n.) 834.

Arztwahl, freie, 380, 400, 405 ff., 449, 457 ff., 690, 713, 859.

Aszendentenrente bei UV.; Voraussetzungen (a.) 324, 325.

Aufenthalt, freiwilliger, bei JHV.; A. eines geisteskranken ausländischen Rentenberechtigten in einer ausländischen Irrenanstalt (n.) 17 f.; A. im Inlande bei freiwilliger Weiterversicherung (a. und n.) 539.

Aufklärung über Arbeiterversicherung 584.

Aufnahmekarte 244, 593 f.

Aufsicht über die Kk. siehe Kk., Organisation.

Aufsichtsbeamte, technische, bei BG. 330 f.

Aufsichtsbehörde, Frist zur Klage gegen die Entscheidung der A. (a.) 182.

Aufsichtsdamen zur Überwachung von Haltekindern, AV. 590.

Aufsichtspersonen in medikomechanischen Anstalten, AV. 591.

Aufwärterinnen, KV. (n.) 648, 743.

Ausgestaltung einer Kk. (n.) 511.

Aushilfspflicht der Wohnorts-Kk. (a.) 224; des Rentenausschusses 713.

Auskunft, amtliche, über Reichsversicherung 477; A. über Zugehörigkeit der Krankenkassenmitglieder zu den politischen Parteien 836.

Auskunftserteilung durch die Versicherten bei JV. (n.) 316 f.; bei AV. und RVO. 342; Anfechtung der Auskünfte 477 f.; A. von sächsischen Behörden an gemeinnützige Rechtsauskunftstellen 712.

Auskunftsstelle für AV. 308, 477.

Ausland, Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der KV. (n.) 849.

Ausländer, Aufenthalt in einer ausländischen Irrenanstalt, Freiwilligkeit bei JHV. (n.) 17 f.; Befreiung von der JHV (n.) 18.

Ausschuß der Versicherungsanstalt; Form der Beschlußfassung (n.) 783.

Australien, Alters- und Invalidenversorgung 45.

Auswanderung von Arbeitern 402.

Ausweiskarten bei KV. (n.) 828.

Auszahlung der Kassenleistungen (n.) 747 ff.

B.

Bademeister, AV. 590.

Baden, Versicherungsbehörden und UV. (n.) 196.

Bäder, Gewährung durch die Kk. (a.) 262.

Baugewerbetreibender, Beschäftigung in den drei vorgesetzlichen Jahren bei Altersrente (n.) 18.

Baukrankenkassen, Zahl 5; Wegfall (n.) 8.

Baustellenverkäufer als Unternehmer bei UV. (a.) 681; Haftung des Bauherrn für die Beiträge des zahlungsunfähigen Unternehmers (a. und n.) 830.

Bauunfallversicherung, Verschmelzung 125.

Bayern, Errichtung der Oberversicherungsämter (n.) 151; Zulassung der besonderen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen 343; Ausgestaltung allgemeiner OKk. 344; Ärzte und Kk. in B. 549.

Beamte bei den Kk. in Preußen (n.) 373; Versicherungspflicht 22, 720.

Begnadigung in Versicherungsstrafsachen 236.

Begräbniskosten, Erstattung 72.

Behörden, inländische, bei GUV. (a.) 332.

Beiträge nach der RVO.; Hilfstabellen zur Berechnung (n.) 358; Gebührenfreiheit des Versicherungsträgers bei Konkurs des Unternehmers (n.) 585; Verjährung des Anspruchs auf Rückforderung irrtümlich gezahlter B. (n.) 18; Verzugszinsen von Rückständen (a.) 359.

Belgien, Abkommen mit dem Deutschen Reiche

Digitized by Google

über UV. 207, 381; Gesetzentwurf über Sozialversicherung 328.
Bergarbeiter, Mindestverdienst 802.
Berggesetz, allgemeines preußisches, 645.
Bergwerksbetriebe bei UV.; Anhörung des Bergrevierbeamten in Preußen 187.
Berichterstatter für Zeitungen, UV. 592.
v. Berlepsch 260.
Berufsgenossenschaften der Eisen- u. Stahlindustrie im Jahre 1911 231; Ergebnisse der B. im Jahre 1911 233; Zusammenwirken der gewerblichen B. mit dem Roten Kreuz 329; Vereinigung von B. 329; Verband deutscher B. 860; Zahl der B. im Jahre 1912 330; Konferenz der landwirtschaftlichen B. 857; bisherige Leistungen 189; im Jahre 1912 330; Zusammenwirken mit dem Roten Kreuz 622; Beziehungen zwischen B. und Krankenkassen 860; Rechtsfähigkeit der Zweiganstalten 800; Fortbestehen der B. 148; Geschäftsbetrieb 148; Wählbarkeit in den Vorstand (n.) 779; Angestellte der B., KV. 1, UV. 260, 327; Vertretung der Mitglieder in der Genossenschaftsversammlung (n.) 397; Fahrzeug- und Reittierhaltung 306; Zugehörigkeit der Kutscher und Chauffeure 451; eines Obstpächters 277; Bezahlung von Arztkosten (a.) 611; künstliches Gebiß (a.) 454, 736; Überweisung von Unfallrenten an eine Versicherungsanstalt (a.) 18; zögerndes Verhalten der B. bei Anordnung von Sicherungsmaßregeln (a.) 43; Übernahme privater Unfallversicherungen durch die B. 73 ff.; Befugnis zum Einbehalten der Unfallrente (a.) 133. Siehe auch Armenverbände und Krankenkassen.
Berufsgenossenschaftstag, Breslau 1913 450.
Berufskrankheiten, Bekämpfung 570 f.
Berufsunfähigkeit bei UV. 245.
Berufung, Zulässigkeit bei UV. (n.) 542 f., 727 f.; Frist (a.) 332; Wahrung 353; Zahl der B. 332.
Beschäftigung bei KV. 3; Ausscheiden 22; unterbrochene B. 24; B. bei GUV., Begriff (n.) 107; ständige B. bei KV., Begriff (a.) 753.
Beschäftigungsort bei KV. (a.) 297; Zeitungsausträger (a.) 254, 392; Dienstboten (a.) 275; Handlungsreisende und Versicherungsaußenbeamte (a.) 407; Wächter einer Wach- und Schließgesellschaft (n.) 687, 832.
Beschäftigungsverhältnis, teilweise Überlassung von Arbeitern (n.) 744; ungerechtfertigte Abmeldung (a.) 777; Sohn des Akkordanten als Arbeiter des Unternehmers (a.) 753; Lösung durch einseitige Arbeitseinstellung 798.
Bescheinigung, ärztliche, in JV.sachen 458 ff.; B. des Arbeitgebers, unrichtige, Ersatzanspruch 88 ff.
Beschlußausschuß, Bildung (n.) 195; Zusammensetzung (n.) 732; Zuständigkeit (n.) 415, 732.
Beschlußverfahren bei UV. (n.) 697.
Beschwerde bei JV., Überweisung an das RVAm. (n.) 173; Instanz für Straffestsetzungen bei Überwachungsvorschriften (n.) 173.
Betrieb, Begriff „derselbe" und „benachbarter" B. bei GUV. (n.) 122; Hilfs-B. der Groß- oder Maschinenindustrie 397.
Betriebsart, Begriff 93; B. und Erwerbszweig 383, 433; B. bei OKK. (n.) 143, 239.
Betriebsbeamte, Begriff 171; Versicherungspflicht 2; Wählbarkeit zu den Krankenkassenorganen (n.) 722 f., 748.
Betriebskrankenkassen 268; Zahl 5; Fortbestehen (n.) 8, 147; Zulassung (n.) 8 f., 191; Antrag auf Zulassung (Ü.) 268; kleinere B. (Ü.) 616; Aufnahme von Beamten 22; Wahl des Vorsitzenden 25; Angestellte 26, 648; Vermögensteilung bei Trennung der Kassenzugehörigkeit verschiedener einer B. angehörenden Betriebe eines Unternehmers (a.) 35; Zeitpunkt der Errichtung 47; neue Kassensatzung (Ü.) 87, 415 f.; Weitergabe ans OVA. (n.) 415; Beitrittszwang durch die Arbeitsordnung in Preußen (a.) 178; Kreis der zugehörigen Arbeiter 648; Unternehmungen derselben Personen in rechtlich gesonderter Form (a.) 298; Vertreter der aufzunehmenden B. (n.) 577 ff.; Vermehrung der Vorstandsmitglieder der aufnehmenden K. (n.) 577 f.; gemeinsame B. für mehrere Gemb. 287; landwirtschaftliche B. 381; Übergang schwebender Unterstützungsverpflichtungen auf eine neue B. (a.) 95; Auflösung (n.) 120; Zuweisung der Versicherungspflichtigen (n.) 239; Verwendung des Vermögens (Ü.) 527; Wahlen der Mitglieder zur OKK. 576; Hauptverband 235; Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen B. 453, 858; Vereinigung von B. in Preußen (Ü.) 179.
Betriebsleiter, bevollmächtigter, (a) 331, 743, 816.
Betriebsstätte bei Straßenarbeitern (a.) 755.
Betriebsüberweisung, Frist für Widerspruch (a.) 397.
Betriebsunfall, Begriff 217; auf den Betrieb gerichtete Zweckbestimmung eines Ganges (a.) 201; Zusammenwirken von Krankheit und Schreck (a.) 203; Zusammenhang zwischen Handverletzung und späterer Lungenentzündung (a.) 204; Verschlimmerung eines alten Leidens (a.) 206, 375; Zusammenhang zwischen B. und Tod 226; Spielerei (n.) 514; Verwendung einer Betriebseinrichtung im eigenwirtschaftlichen Interesse (a.) 664; Unfall bei Festlichkeiten der Arbeiter 800; Folgen eines außerdienstlichen Unfalls als mittelbare Folgen eines älteren B. 47; Ersatzpflicht der Kk. beim Übergange der Gewährung von ärztlicher Behandlung und Arznei auf die BG. (a.) 158; Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen den Unternehmer 191; Gebrauch von Lötwasser zu persönlichem Zweck (a.) 348; Unfallvergiftung als B. 379; Aufspringen eines Bahnangestellten auf einen fahrenden Zug (a.) 418; B. kaufmännischer Angestellter bei Lohnauszahlung (a.) 331; Tätigkeit eines Soldaten (a.) 331; unbewußtes verbotwidriges Handeln (a.) 468; andere Dienste (a.) 468; Überfall auf eine Verkäuferin 612, 800, 851; Beweis 206; Aufklärung angeblicher Folgen eines B. 789.

Gewerblicher B., Verbrennung mit Karbolsäure aus Irrtum 39; Darmmilzbrand 39; Unterleibsbruch 44; Netzhautablösung 134, 225; paralytischer Anfall infolge großer Hitze im Arbeitsraum (a.) 158; Hitzschlag (a.) 159, 799; Befriedigung persönlicher Bedürfnisse 192; Herzschlag (a.) 200; Leistenbruch (a.) 331 f.; Einatmen schädlicher Stoffe (a.) 374; Hautentzündung (a.) 441; Gasvergiftung 455.

Landwirtschaftlicher B. Begriff 428; Holen einer Kaffeeflasche durch einen sechsjährigen Knaben auf dem Felde (a.) 62; Sammeln von Tannenzapfen (a.) 64; Abladen eines Fasses Branntwein (a.) 134; Abernten von Obst (a., n.) 144; Fahren eines Baumes aus Gefälligkeit (n.) 237; Einatmen schädlicher Stoffe (a.) 374 f.; Schneiden von Holz im Sägewerk (a.) 441; Arbeit an Tierleiche aus Gefälligkeit 494; genossenschaftliches Sägewerk (a.) 735; Bereiten von Mahlzeiten (a. und n.) 800.

Digitized by Google

Betriebsweise, übliche, Begriff (n.) 109.
Bezirkskrankenkasse Brünn, Leistungen 162.
Bezüge, „andere", als Entgelt (n.) 106.
Bierfahrer, Tantieme (a.) 64.
Blinde, dauernde Erwerbsunfähigkeit 210; Gewöhnung (a.) 495.
Brauereiarbeiter, Freitrunk als Lohn bei KV. 87.
Brillen, KV. (a.) 312, 624.
Bruchoperation, Ansprüche an die Krankenkasse (a.) 16 f., 455.
Bühnenmitglieder, Krankenversicherungspflicht 2.
Bürgermeister einer Landgemeinde in Hannover, JV. 349.

C.

Chauffeure, JV. (n.) 227; Berufsgenossenschaft, Zugehörigkeit 451; UV.pflicht des C. eines Bauunternehmers 564.

D.

Dauerrenten (u.) 347, 703; nach altem Recht festgestellte Unfallrenten als D. (ü.) 394, 839; Voraussetzungen für Zuerkennung der D. (n.) 566; Feststellung der D. (n.) 702 f., 778.
Diakonissen, AV. 591.
Desinfektoren, AV. 590.
Dentist siehe Zahntechniker.
Dienstboten, KV. (n.) 2, 764, 809, 835; Befreiung (n.) 3 f.; Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers (n.) 627; Abonnementsvereine 4; erweiterte Krankenpflege 5; LKk. (n.) 7; Geschäftsfähigkeit eines minderjährigen D. 61; Halbtagsmädchen als D. 720; Beschäftigungsort (a.) 275; KV., Reinigung von Postdienssträumen (a.) 144; von Geschäftsräumen (a.) 335; Arbeitgeber des D. (a.) 798; Halbtagsmädchen, zuständige Kk. 813; Kk. in Hamburg (n.) 453; Gebühren des Arztes für Behandlung des D. 576.
Dienstordnungen der Kk., Zeitpunkt des Einreichens (ü.) 408, 502, 648, 696; D. für die Übergangszeit 503.
Dienstvertrag, sofortige Kündigung 116, 426, unverschuldetes Unglück 352; übliche Vergütung 426.
Disziplinarstrafen (n.) 772.
Dramaturg, JhV. (n.) 18.

E.

Ehefrau, AV. 592; KV., Vertreterin des Mannes bei der Wahl zur Kasse (n.) 720; Wahlberechtigung und Wählbarkeit wegen der Dienstboten (n.) 721 ff., 767; Schlüsselgewalt der E. 723; JhV., E. eines Hausreinigers (a.) 227; eines Schuldieners (n.) 782; dem Manne helfende E. 288.
Einnahme- und Ausgabebuch der Kk. (n.) 793, 795.
Einspruch bei UV., rechtliche Natur (n.) 704; verspätete Einlegung (n.) 704.
Einspruchsverfahren bei UV., Vorladung des Berechtigten (n.) 553 f.; Vernehmung des Berechtigten (n.) 554 f., 779; Erstattung von Auslagen und Versäumnis (n.) 556; persönliches Gehör (n.) 704; weiteres ärztliches Gutachten (n.) 704, 724; Antrag (n.) 704, 724; erweitertes E. (n.) 724 f.; Kosten des E. (n.) 726; Erstattung der Barauslagen des E. (n.) 800.
Eintrittsgeld bei ausländischer Kk. 672.
Einweisung ins Krankenhaus, eigenmächtige Entfernung 15 f.
Einzugsstellen als öffentliche Dienststellen (n.) 691, 782, 758.
Eisenindustrie, BG. im Jahre 1911 231.
England, statistische Ergebnisse der Arbeiterversicherung 597; Ausbau der KV. 642; Arbeitslosenversicherung 668.
Entgelt, Begriff (n.) 105; Nachweisung des E. durch den Unternehmer 125.
Entschädigungsanspruch, Übergang auf die landwirtschaftliche BG. 13 f.; Vorbehalt der Ansprüche gegen die BG. als Anmeldung des E, Hindern der Verjährung (a.) 63.
Entscheidungen des RVAm. usw., Sammlung 646.
Erbfolge, bürgerliche, bei Rentenrückständen (n.) 674 ff.
Erbsenleserinnen, KV. (a.) 114.
Erholungsheim als Krankenhaus (a.) 539, 724.
Erklärer im Kinotheater, AV. 590.
Ersatzansprüche des Fünften Buchs der RVO., Zuständigkeit für die Geltendmachung (ü.) 15; E. des Sechsten Buchs, Zuständigkeit (ü.) 135 f.; E. wegen vorübergehender Leistungen bei GUV. (a.) 63. Siehe auch Armenverband, BG., Kk.
Ersatzkassen (n.) 8, 147; E. und Krankenkassen 286; Einwirkung von Satzungsänderungen auf bestehende Versicherungsverhältnisse 815; E. bei AV. 249; Zulassung von Hilfskassen als E. (ü.) 357; Entschädigung der Vorstandsmitglieder (n.) 429; Zuständigkeit für Streitigkeiten zwischen E. und ihren Mitgliedern (n.) 432; Mindestleistungen der E. als Voraussetzung für ihre Zulassung (ü.) 455; niedrigste Sätze der ärztlichen Gebührenordnung 598; Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten (n.) 696; unständig Beschäftigte als Mitglieder einer E. (n.) 744; Vereinbarung über das Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse (n.) 813.
Ersatzmänner der Krankenkasse, Recht zur Teilnahme an den Sitzungen (a.) 263; Eintreten der E, 720, 816; Zahl der E. bei Landkrankenkassen (n.) 743.
Ersatztatsachen in Quittungskarten, Unanfechtbarkeit (n.) 314; Bezug einer Knappschaftspension als E. (n.) 444, 565.
Erwerbsfähigkeit, Zugrundelegung des Ortslohns bei vor dem Unfall vorhandener Beeinträchtigung der E. (n.) 124; geistige Arbeit 397; Hebung der E. durch Prothese 397.
Erwerbslosigkeit bei KV.; Einziehung zum Militärdienst (a.) 299; ununterbrochen fortdauernde E. (a.) 311.
Erwerbsunfähigkeit, dauernde, (a.) 215 f.; E. trotz vollwertiger Arbeitsleistung (a.) 391; Arbeitsversäumnis infolge der Reise zum Arzt als E. (a.) 407 f.; Erholungsbedürftigkeit (a.) 454; schwere Verletzung beider Arme 515; Einfluß der E. auf den Anspruch wegen Kassenleistungen (a. und n.) 843 f.; Statistisches 714 f. auch Gewöhnung; E. bei JV. 246; bei JV. und bei KV. 492; bei KV., Nachweis (a.) 310; bei UV., Ersatzanspruch der Krankenkasse (n.) 851.
Erzieher, KV.pflicht 2; AV. Befreiung 763; Zahlung der Beiträge 544.
Eßlinger Delegiertenverband 859.

F.

Facharbeiter, Begriff 543.
Fahrzeug- und Reittierhaltung, Berufsgenossenschaft 306; F. der Forstrevierverwaltung 800.

Digitized by Google

Familienangehörige, freie ärztliche Behandlung 3 f.; Hausgeld 163; Unterstützung der F. eines im Krankenhause befindlichen Mitgliedes (n.) 264; Außerkraftsetzen der Bestimmungen über freie ärztliche Behandlung (n. 415; Bezirkskrankenkasse Brünn 162; mittelbare Armenunterstützung 505 ff.; siehe auch Angehörige.
Familienerziehung 91.
Familienhilfe (n.) 4, 84, 362 f.; Anspruch der geschiedenen Frau (a) 144; Versagung wegen Zugehörigkeit des Angehörigen zu einer andern Kasse (a.) 191; Beschränkung der F. auf die Kassenärzte 288, 309; auf kassenärztliche Behandlung (a.) 791; Regelung der F. nach der RVO. 311; Zuschuß zu den Krankenpflegekosten (n.) 383; F. beim Ortskrankenkassenverband Stuttgart 806; F. für ein im Krankenhause befindliches Mitglied einer Kk. (n.) 264.
Familienversicherung, Brünn 162.
Feuerlöschhilfe, Haftung der Gemeinde für Unfälle 384.
Freiwilliger Aufenthalt, siehe Aufenthalt.
Forstwirtschaftliche Arbeiten, Abfuhr und Fällen von Holz (a.) 633.
Fuhrwerksberufsgenossenschaft und Lagereiberufsgenossenschaft 140.
Fußballspiel, Ersatzanspruch der Kk. 312.

G.

Gartenstädte 739.
Gasvergiftung als Betriebsunfall 455.
Gebiß, künstliches, Wiederherstellung nach Betriebsunfall (a.) 736.
Geburtenrückgang in Berlin 307; im Deutschen Reich 788.
Geburtshilfe 81; Begriff G. im Vertrag mit dem Arzte 93; bei KV. (n) 4; Leistung durch die Kk. 312.
Gefahrentarife 330, 646.
Gehalt, Pfändbarkeit der Reisespesen 211; Einfluß der Zulage auf die Versicherungspflicht (n.) 96; Anrechnung von Versicherungsleistungen 667.
Gehaltsklassen bei AV. 244.
Geisteskranker, Ersatzanspruch eines Armenverbandes gegen eine Kk. wegen Unterstützung eines G. 34.
Geldrente bei UV., Übergang des Anspruchs auf die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft 134.
Gelegenheitsarbeiter in England 642; siehe auch Unständig Beschäftigte.
Gemeindebehörde in Sachsen (n.) 177; in Baden (n.) 196.
Gemeindekrankenversicherungen, Zahl der G. 5; Fortfall 6, 147; Übernahme der Beamten (Ü) 71, 742; Angestellter eines Kreisverbandes (Ü.) 144; Wahlrecht (a.) 677; Ersatzansprüche gegen G., Zuständigkeit (Ü.) 135; Schließung (Ü.) 529 ff.; schwebende Ansprüche (Ü.) 863.
Gemeinden, Heranziehung zu den Kosten der Arbeiterversicherung 582 f.
Gemeindeverband, Errichtung von OKk. (Ü.) 99, 817 ff.; G. in Sachsen (n.) 177; in Baden (n.) 196.
Generalversammlung, siehe Hauptversammlung.
Genter System bei Mutterschaftsversicherung 81; bei Arbeitslosenversicherung 187.
Geometer, zuständige Berufsgenossenschaft 688.
Gerichte, ordentliche, Entscheidung von Streitigkeiten in der KV. 31.
Gerichtsvollzieher, Krankenversicherungspflicht der Angestellten 1.
Geschäftsführer, Wählbarkeit zu den Krankenkassenorganen (n.) 722 f., 743, 768.
Geschlechtskrankheiten, Heilbehandlung 164; Bekämpfung 477; G. als unverschuldetes Unglück bei Dienstvertrag 352.
Gesellschaften, Wahlen zu Krankenkassenausschüssen (n.) 603.
Gesetz und Recht 308.
Gewährleistung der Anwartschaft auf Ruhegeld (n.) 471.
Gewerbe- und Arbeiterrecht, Taschenbuch 719.
Gewerbebetrieb, selbständiger 153 f.
Gewerbekrankheit, Ermittelung 476; Bekämpfung 570; Dritter internationaler Kongreß für G. 595.
Gewerbeordnung, Ausgabe von Lindenberg 406.
Gewerbetreibender, selbständiger, Halter einer Artistentruppe 520.
Gewerbszweig, Begriff 93; bei OKk. (n.) 143, 239.
Gewerkschaften 860.
Gewöhnung bei Kleinschäden 218 ff., Nachweis der G. bei der Begutachtung Unfallverletzter 481 ff.; weitere G. (a.) 495; Herabsetzung der Hilflosenrente wegen G. (a.) 495; Annahme der G. ohne ärztliches Gutachten (a.) 680.
Gewöhnungsrenten 482.
Gleichartiger Arbeiter bei GUV. (n.) 121.
Gleichwertigkeit von Kassenleistungen 52, 429, 479; Prüfung (n.) 415, 534 ff., 636.
Grundlohn bei KV. der vermindert Arbeitsfähigen 5; Festsetzung des G. (n.) 414; klassenweise Festsetzung des wirklichen Arbeitsverdienstes (n.) 743; G. für freiwillig Beigetretene (n.) 863; bei Akkordarbeitern, KV., (a.) 845; Bemessen der Kassenleistungen und der Beiträge nach dem G. (n.) 365, 427; Bemessung der Mindestleistungen der Ersatzkasse (Ü) 455.
Grundsteuerartige Lasten, Begriff 39.
Gutachten, siehe Ärztliche G.

H.

Haftpflichtversicherung, berufsgenossenschaftliche Anstalten 451.
Halle a. S., Streit zwischen Ärzten und Kk. 166.
Hamburg, Ärzte und Kk. 126, 165; Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten an staatliche Angestellte 214; Durchführung der KV. für die unständig Beschäftigten 678, 828; Zulassung besonderer OKk. 690.
Handelsgesellschaft, offene, Teilnehmer als Angestellte 592; Wahl zum Krankenkassenausschuß (n.) 603.
Handelsvertretungen, AV. der Angestellten in Preußen 301.
Handlungsgehilfe, KV. 1 f.; Verkäuferin eines Schuhmachers als H. 21; vorzeitige Entlassung 41; Verkäufer beim Bahnhofsbuchhandel, AV. 591; Kutscher als H., AV. 591; Verkäuferin in Bäckerei, AV. 591; aushilfsweise Beschäftigung, AV. 591; Berechnung des Monats bei Kündigung 614; wirtschaftliche Lage der H. 597.
Handlungsreisender, Beschäftigungsort 407.
Handverletzung bei Unfall 220.
Handwerkskammern, AV. der Angestellten in Preußen 301.
Hauptversammlung der Kk., Stellvertretung der gewählten Mitglieder (a.) 120; neue Anträge 480.
Hausgeld (n.) 4; Anspruch der Angehörigen auf H. (a.) 239; Ausschluß des Anspruchs auf H. bei Einweisung ins Krankenhaus (a.) 240; H. der Landesversicherungsanstalten und zugelassenen

Digitized by Google

Kasseneinrichtungen der JV. 163; Zuständigkeit der Entscheidung über H. (n.) 349, 686; Mitwirkung des Versicherungsamts (n.) 566; Verfahren (n.) 711.
Hausgewerbetreibende, Versicherungspflicht 2f., 72 (a.), 239, 600, 813; Leistungen der Kasse 5; LKt. 7, 28f.; Beiträge 28, 432; Anmeldung 29; H. oder Heimarbeiter 48; Erbsenleserinnen (a.) 114; Übergangszeit 383; Hilfspersonen (n.) 600; Wahlen zu Krankenkassenausschüssen (n.) 603f.; Verzeichnis der H. (n.) 793.
Haushalt, ehelicher, 193ff
Häusliche Gemeinschaft, Begriff 673.
Hauspflege für Wöchnerinnen und Kranke (n) 425; in Stuttgart 808.
Hausreiniger, Ehefrau, JV. (a.) 227, (n.) 743.
Hausväter, AV. 590.
Hebamme, Gemeinde-H. in Hessen, JV. 688.
Hebammendienste bei KV. (n.) 4, 81.
Heilanstaltspflege als erste Feststellung der Rente bei UV. (Ü.) 346.
Heilbehandlung bei den Landesversicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen der JV. 163; H. der Lungentuberkulose, Krankenauslese 786; Statistik der H. für 1907 bis 1912 861.
Heilfürsorge, Unterbringung von Kindern verstorbener Versicherter 218.
Heilmittel, Bezug durch Kk. (a.) 22; Pauschalentschädigung (a.) 197; Ersatz der Kosten verschiedener kleinerer H. (a.) 72; Stützkorsett (a) 120; teilbare H. (a.) 323; Notwendigkeit eines H. (a.) 323; Gewährung größerer H. durch die Satzung (n.) 743; Verbot öffentlicher Ankündigung von H. 380.
Heilsarmee, Männerheim, KV. (Ü.) 466, 706.
Heilverfahren, Ausgestaltung im Jahre 1911 234; im Jahre 1912 331; altes oder neues Recht bei RVO. 354; H. bei AV. 424f.; Übernahme 247; vertragliche Regelung der Übernahme 690; bei KV., Übernahme des H. durch die Berufsgenossenschaft (n.) 432, 476; Gebühren für ärztliche Gutachten als Kosten des H. (a.) 18; Kosten eines ärztlichen Zeugnisses (a.) 71; Ersatzansprüche von Versicherungsanstalten für H., Zuständigkeit (Ü.) 135; halbes Krankengeld statt H. (a.) 192; Beschaffung ruhiger Wohnung (a) 350; H. im Krankenhaus nach Ablauf der 13. Woche, Verpflichtungen der Kk. (a.) 237; Bewilligung des H. als Anerkennung der Versicherungspflicht oder -berechtigung 399; Ablehnung eines H. durch jüdische Versicherte wegen Mangels ritueller Kost in der Heilstätte (n.) 516; Anträge der der JHV. und AV. unterliegenden Personen 766; Zuständigkeit für die Entscheidung von Streitigkeiten (n) 174.
Heimarbeiter, Begriff 288, 384; Krankenversicherungspflicht 3 (a), 239, 288; H. oder Hausgewerbetreibende 48, 543; Erbsenleserinnen (a.) 114.
Hilfe, erste 622.
Hilflosenrente eines Erblindeten wegen Gewöhnung (a.) 495; H. der Witwe eines Verletzten (a.) 539; Nachweis einer Verschlimmerung 776.
Hilfsbedürftigkeit, Begriff 506; H. des unterstützten Kranken, Ermittelung bei Ersatzanspruch (a.) 416.
Hilfsbetrieb der Groß- oder Maschinenindustrie 397.
Hilfskassen, Zahl 5; unlauterer Wettbewerb 136; Fortbestehen (n.) 8, 147; Auflösung, Anfechtung, Vermögen (a.) 94; Verschmelzung zweier H. (Ü.) 357; Verband 235; Ersatzanspruch der H. gegen den entschädigungspflichtigen Dritten (a.) 647; ärztliche Gebührensätze 598; Wahlrecht der Mitglieder der H. zu Krankenkassenausschüssen 603; Aufnahme in eine H. durch Eintragung in die vom Ziegelmeister geführte Liste (a.) 734; Voraussetzungen des Ausschlusses (a.) 734; Verhältnis zur Allgemeinen OKk. (n.) 816; Überführung der früheren H. 862.
Hinterbliebene, Ansprüche auf Rentenrückstände (n.) 673.
Hinterbliebenenbezüge, Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes 125; zuständiges VA. für Anträge (n.) 656; Anspruch auf H. (Ü.) 687; Berechnung des Höchstbetrages (Ü.) 802.
Hinterbliebenenfürsorge, Gründe der Versagung (Ü.) 566.
Hinterbliebenenrente bei AV. 245; Wartezeit 176, 247; H. der Witwe eines Verletzten (a) 539; Gewährleistung der Anwartschaft auf H bei AV. 18f.; Höhe der H. 77; Kinderzuschuß (n.) 566, 757; Zahl der im Jahre 1912 bewilligten H. 236, 715; örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamts zur Entgegennahme des Antrags auf Bewilligung einer H. (n.) 300.
Hinterbliebenenversicherung, Einführung 1; Verhandlungen im Reichstag 166; Verwaltung und Rechtsprechnng im Jahre 1912 332; Ausgestaltung 582.
Hinterziehung der Kk.beiträge (n.) 717.
Hitzschlag als Betriebsunfall (a.) 159, 799.
Hofverwaltung, UV. der Beamten 441.
Höhere Verwaltungsbehörde in Sachsen (n.) 177; in Baden (n.) 196
Holzfällungsvertrag 631.

J.

Innungskrankenkassen 268; Zahl 5; Verband 235; Fortbestehen (n.) 8; Zulassung (n.) 8f, 191, 264; Vereinigung von J. 23; 859; Begtnn der Mitgliedschaft 23; Wahl des Vorsitzenden 25; Beiträge 28; Umwandlung einer freien in eine Zwangsinnung (a.) 72; neue Kassensatzung (Ü.) 87; im Auslande beschäftigte Arbeiter (a.) 610; Anhörung von Kassen bei Errichtung einer J. (Ü.) 792.
Internationale Sozialversicherung, Deutsches Komitee 139.
Invalidenhauspflege 164; im Jahre 1911 234; 1912 333, 669; Rentenempfänger 213.
Invalidenheim 117, 333, 669.
Invalidenrente, Herabsetzung der Altersgrenze 307; ärztliche Bescheinigung (n.) 458ff.; Ersatz der Kosten (a.) 258, 459 (n), 688; Wahl zwischen J. und Altersrente (n.) 543, 782; Bewilligung von J. an Stelle von Krankenrente, Berechnung der Zeit (n.) 688; Umwandlungsverfahren (Ü.) 688; Abgabe von Sachen an das VA. (n.) 444; Zuständigkeit des VA. (Ü.) 445; Zuständigkeit für die Entziehung einer J. (n.) 688 (Ü.), 470; für Antrag auf Erhöhung der J (n.) 85ff.; Zulässigkeit der Revision (n.) 209, 444; bei Aufrechnung (n.) 688; Wirkung der Revision (n.) 444f.; Revision bei Entziehung der J. (Ü.) 259; Revision wegen Rechtzeitigkeit der Berufung 688; Revision wegen Verstoßes gegen die Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren (n.) 688; Verweisung an die Spruchkammer (n.) 445. Siehe auch Revision. Entstehung des An-

Digitized by Google

spruchs auf J. und dessen Höhe 547; Tafeln zur Ermittelung der J. 308; Leidfaden für die Vorbereitung und Begutachtung der Anträge 645; Höhe 77; jetzige unzureichende Höhe 582; Kinderzuschuß (r.) 85 f., 115; J. neben Unfallrente (n.) 103; J. neben Krankengeld (n.) 168, 431; Irrtum der Versicherten (n.) 566; Vorhandensein von Kindern, Militärdienstjahre (n.) 115; Vererbung des Anspruchs (n.) 169, 294 ff.; Aufrechnung des Schadensersatzes gegen den Anspruch auf J. (a.) 326; Ruhen der J (Ü.) 349; Anerkenntnis der Versicherungspflicht (n.) 349, 518; Verweigerung der Anerkennung eingezogener Pflichtmarken (n.) 349; richterliches Gehör (n.) 471; Inhalt des ablehnenden Bescheides (n.) 688.

Zahl der im Jahre 1912 bewilligten J. 236; Zahl der Festsetzungsbescheide 1912 334.

Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, bisherige Leistungen 189, 790; wirtschaftliche Bedeutung des Rückganges der Beitragseinnahmen 691; Verbesserung der Leistungen 715; Statistik der Heilbehandlung für 1907 bis 1912 861; Ausbau der J. 75 ff.; J. u. UV. 148; Rechnungsergebnisse im Jahre 1911 233; gemeinnützige Vermögensanlagen der Träger der reichsgesetzlichen JV. bis Ende 1912 282; Verwaltung und Rechtsprechung im Jahre 1912 332; Vergütung für freiwillig übernommene Geschäfte der J. (n.) 96; Vererbung des Anspruchs (n.) 169; RVO. oder JV.-Gesetz (Ü.) 277; Härte der Übergangsbestimmungen 281; rückwirkende Kraft der Vorschriften der RVO. 289 ff.; Aufwendungen für eine Arbeiterfamilie 547; ärztliche Gutachten (n.) 458 ff.; Vorbereitung der Sachen durch das VA. (n.) 47, 809; Witwenrente, dauernde Erwerbsunfähigkeit des Mannes (a.) 209; Zuständigkeit für den Antrag des Arbeitgebers betr. die Versicherung von Mitgliedern einer BK. (n.) 687; Zuständigkeit bei Entscheidung von Streitigkeiten über Heilverfahren (n.) 174; Verfahren in der Übergangszeit 441; Abgabe der Beitragsstreitigkeiten vom OVA. an das RVAm. (n.) 171; Instanz für Beschwerden über Straffestsetzungen bei Überwachungsvorschriften (n.) 172; Überweisung von Beschwerdesachen an das Reichsversicherungsamt (n.) 173.

Beiträge. Wirksamkeit der Pflichtbeiträge (n.) 782; Unanfechtbarkeit (n.) 175, 313 ff., 557 ff.; Streitigkeiten über Beiträge (n.) 171, 341 f.; unwirksame und irrtümlich gezahlte Beiträge (Ü.) 290; Anrechnung (n.) 802; Zuziehung der Beteiligten zum Streitverfahren (n.) 567, 801; Verjährung rückständiger Beiträge (a.) 408; Erstattung des Beitragsteils aus dem nur aus Sachbezügen bestehenden und von Dritten gewährten Entgelt (n.) 649; Einziehung der Beiträge durch eine Ortskrankenkasse (n.) 758, 691, 782; Tragen der Beiträge durch die Arbeitgeber allein 805; Abgabe einer Sache an das RVAm. (n.) 802; Erneuerung des Versicherungsverhältnisses durch freiwillige Beitragsleistung (Ü.) 174; Entrichtung freiwilliger Beiträge nach Eintritt der Invalidität (n.) 256.

Invalidenversicherungspflicht 1 ff.; Kreis der versicherten Personen 1 ff.: Lebensalter (n.) 1; Berücksichtigung des Arbeitslohns (n.) 78; Kinderfräulein (n.) 161; preußische Volksschullehrerinnen (n.) 181, 349; einstweilig angestellte Lehrer in Preußen (n.) 184; völlig erblindeter Musiker (n.) 210; Stornäherinnen 221; Chauffeure (n.) 227; Ehefrau eines Hausreinigers (a.) 227; eines Schuldieners (n.) 782; Stenograph (n.) 229, 709; dem Manne helfende Ehefrau 288; Kanzleigehilfen (n.) 349; Bürgermeister einer Landgemeinde in Hannover 349; Missionsarbeiter 349; Hilfsunterbeamte im preußischen Justizdienst (n.) 445; Krankenkontrolleur (n.) 471, 518; im elterlichen Haushalt beschäftigte Tochter (n.) 639; Haussohn 802; im Haushalt der Tochter und des Schwiegersohns beschäftigte Schwiegermutter 640; Kiefernzapfenpflücker (n.) 687; Gemeindehebamme in Hessen 688; Orchester (n.) 782; Anerkennung der J. 665; Bewilligung eines Heilverfahrens 399; einer Rente 399, 420; Bestrafung des Arbeitgebers (n.) 687; Anerkennung durch einen Kontrollbeamten (n.) 682; Wirkung des Anerkenntnisses (n.) 420; Unwirksamkeit des Anerkenntnisses (n.) 682; Verfahren und Wirkung der Befreiung (n.) 508 ff.; Zuständigkeit für den Antrag auf Befreiung (n.) 208; Zuziehung der Beteiligten zum Verfahren (n.) 801; die JV.-pflicht nach der RVO. von Buhle 628.

Invalidität, Ursachen 571.

Invaliditätsstatistik 571; internationale 140.

Irrenanstalt, Aufenthalt eines ausländischen Rentenberechtigten in einer ausländischen J. (n.) 17; Erstattung der Kosten durch die Kk. für die polizeiliche Unterbringung eines Geisteskranken in einer J. 840.

Italien, Abkommen über Arbeiterversicherung 303.

J.

Jagdhüter, KV. 22.

Jahresarbeitsverdienst.

bei AV.: vom Arbeitgeber entrichtete Prämienbeträge 592; Zuschuß des Arbeitgebers zur Lebensversicherung 592; regelmäßige Zuschüsse des Arbeitgebers 592; vom Arbeitgeber entrichtete Beiträge zur KV. und JV. 592; Hälfte der Beiträge 593; besondere Vergütung für Wäsche, Verkäuferin 763; Gratifikationen 763; zu Weihnachten (n.) 336; Provisionen 592; letztes Jahr 592; 60. Lebensjahr 592; verschiedene Berechnung des J. für die AV.-Pflicht und die Zugehörigkeit zu den Gehaltsklassen 311; Übergangszeit 688.

bei JHV.: Anmeldung zur Kk. (n.) 782; Voraussetzungen der Aszendentenansprüche (Ü.) 688; Neufestsetzung des landwirtschaftl. J. 357.

bei KV.: Personal des Hoftheaters (a.) 527.

bei UV.: altes oder neues Recht 346, 688; Kk.beiträge (a.) 332; ungelohnte Versicherte (a.) 663.

GUV. (n.) 105 ff., 121; Übergangszeit 126; Begriff Entgelt (n.) 105; J. eines ohne Entgelt Beschäftigten (a.) 227; Unternehmergewinn (a.) 39; Tantieme eines Bierfahrers (a.) 64; Rechtskraft der Feststellung des J. (n.) 125 f.; Festsetzung des höheren J. als Rentenbewilligung (Ü.) 255.

LUV.: Neuregelung des J. der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter 281.

Juristische Personen, Wahlen zu Kk.ausschüssen 602.

K.

Kantinenwirtin einer Ziegelei, KV. (a.) 152.

Kanzleigehilfen, JV. (n.) 349.

Karenzzeit siehe Wartezeit.

Digitized by Google

Kassenärzte (n.) 27f., 453; Verhältnis zu den Kk. siehe Ärzte; Musterverträge siehe dieses Wort; Leitsätze der Hauptverbände der Kk. 615; ein Vertrag 571; Kollektivvertrag 478; Neuregelung der Verträge in Berlin 282, 284; Wirkung des Inkrafttretens der RVO. auf die Verträge (Ü.) 552, 839; Abschluß über 1913 hinaus (Ü.) 815; Rücktrittsrecht vom Vertrage 275; Bewegung unter den K. 446; Umgehung des K. durch Zuziehung eines Zahnarztes (a.) 240; Gründe für Umgehung des K. (a.) 253; dringender Fall bei Zuziehung eines andern Arztes (a.) 58; Verordnen pharmazeutischer Ersatzmittel 354; AV.-Pflicht der K. 242. Siehe auch Spezialärzte.
Kassenarztvereine, Eintragung ins Vereinsregister 399, 405ff., 499f., 806.
Kassenbote mit unterbrochener Beschäftigung, Versicherungspflicht 24.
Kassendienststelle, Begriff, Besetzung (n.) 359.
Kasseneinrichtungen, zugelassene, der JW. 163, 444.
Kassenvereinigungen (n.) 776; Vereinigungs- und Versammlungsrecht der Kk. 621; Beiträge zu freien Vereinigungen (n.) 480.
Kassenzugehörigkeit siehe Kk., OKk.
Kassierer eines Abzahlungsgeschäfts, AV. 666.
Katastergehilfen, AV 590.
Kaufmännische Angestellte im technischen Betrieb, UV. (n.) 637, 800.
Kaufmännische Korporationen, AV. der Angestellten in Preußen 301.
Kiefernzapfenpflücker, JV. (n.) 687.
Kinder, Begriff bei JHV. (n.) 720; Befreiung von der KV.pflicht (n.) 849; Waisenaussteuer 49; Schaden durch K., Ersatzpflicht 119; K. verstorbener Versicherter, Unterbringung 213.
Kindererziehung 91.
Kinderfräulein, JV. (n.) 161.
Kinderversicherung, soziale 140.
Kinderzuschuß bei Invalidenrente (n.) 85f., 115; K. und Waisenrente (n.) 228; K. bei Hinterbliebenenrente (n.) 566, 757.
Kinotheater, Pianistin, KV. (a.) 239; AV.; 590.
Klassensystem nach der Lohnhöhe der Versicherten 10.
Kleinschäden bei UV. 218.
Knappschaftsberufsgenossenschaft 43, 281; Zuziehung der K. bei Anrechnung der halben Unfallrente (a.) 419.
Knappschaftskassen (n.) 8; Verband 235; Eintrittsgelder (n.) 29; K. als Lebensversicherungen bei AV. 593; Verfahren bei Ersatzansprüchen gegen K. (a.) 67.
Knappschaftsverband, Allgemeiner deutscher 859.
Knappschaftsvereine als inländische Behörden (a.) 332; Risikenauswahl der K. bei AV. 764; Apothekerrabatt und Handverkaufsliste (n.) 512, 776.
Kollektivvertrag zwischen Ärzten und Krankenkassen 478.
Kompaß, Der 859.
Konkursmasse, früherer Inhaber der Firma als Angestellter der K., AV. 592.
Kontordiener, AV. 590.
Kontrollbeamte bei JHV., Stellung (n.) 665; Anerkennung der JV.pflicht (n.) 682; Wirkungskreis der K. (n.) 782.
Kopisten, AV. 590.
Korrektoren, AV. 590.
Korrespondenzbureaus für Zeitungen, AV. 592.
Kraftfahrzeuge, unabwendbares Ereignis 211; Besitzer, Versicherung der Angestellten 73.
Krankenbuch (n.) 751, 793.
Krankengeld, Höhe 53ff., 713; K. und Unfallentschädigung (n.) 92, 168, 190f., 287; K. und Wochengeld (a.) 95, 838; K. und Invalidenrente 431, 168; K. und Krankenrente (n.) 168; Verzugszinsen 61; Aufenthalt im Auslande (a.) 96; Anspruch des Armenverbandes auf Zahlung von K. (a.) 119; Anrechnung des K. auf Lohn 119, 624, Berechnung des erhöhten K. bei GUV. (a.) 157; halbes K. statt Heilbehandlung (a.) 192; Versagung des K. (n.) 366; Entziehung wegen Trunkfälligkeit (n.) 4, 260; Anspruch ganz invalider Mitglieder 430; Zahlung nach der Heilung 575; ärztliche Behandlung als Voraussetzung für den Anspruch 624; K. bei einem von der AV. gewährten Heilverfahren (n.) 767, 792; Anspruch der freiwillig Beigetretenen und Weiterversicherten (Ü.) 863; Beitreibung irrtümlich gezahlten K. 432; Beginn der Wartezeit (a.) 239, 383; Fortfall (n.) 455; dreitägige Wartezeit 806; K. für den Sonntag 807; für den ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit 695; nur für die Arbeitstage (a.) 792; Zahlung von K. bei der Bezirks-Kk. Brünn 163.
Krankenhaus, Haftung des Fiskus für die Kosten bei Unterbringung eines bei der Vernehmung 521; Erkrankten durch den Untersuchungsrichter Erholungsheim als K. (a.) 539, 734.
Krankenhauseinweisung, Zulässigkeit (a.) 216; eigenmächtige Entfernung des Erkrankten 15f.; unzulässige K. 322; Angehörigenkrankengeld (a.) 336; Ersatz eines bei K. entstandenen Schadens 383; Umgehung der K. 503; zeitliche Begrenzung der K. 708; Bedeutung der K. für den Anspruch gegen die Kasse 708; K. mit beschränkter Kostenübernahme (a.) 732; K. eines Mitgliedes des Familienhaushaltes (a.) 22. Siehe auch Krankenhauspflege
Krankenhauspflege (n.) 4; Pflichten der K. 309; satzungsgemäßes Recht auf K. (a.) 437; K. und ärztliche Behandlung im Krankenhause (a.) 96; Verpflichtungen der Kk. bei einem durch die RVAn. eingeleiteten Heilverfahren 527; K. für Familienangehörige (a.) 131; Zustimmung des Versicherten zur K., Widerruf (a.) 239, 659; Zwang (a.) 15; Abbrechen der K. bei Hilflosigkeit des Kranken (a.) 659; Fortsetzung der K. im Irrenhause 540; Voraussetzungen der Ablehnung der K. durch Verheiratete (a.) 193; Dauer der Wirkung der Ablehnung der K. (a.) 197. Siehe auch Krankenhaus, Krankenhilfe, Krankenkassenleistungen.
Krankenhilfe (n.) 4; Verpflichtungen der Kk. bei ärztlicher Behandlung im Krankenhause (a.) 310; satzungsgemäßes Recht auf Krankenhauspflege (a.) 437; Übernahme der Kosten durch die Kk. bis zu einem bestimmten Satz 239; Bäder (a.) 262; Brillen (a.) 312, 624; Bruchoperation (a.) 15f., 455; Geburtshilfe (a.) 312; Gradhalter 646; Krücken 406; Nachtwachen und andere Verrichtungen im Krankenhause 528; Zahnziehen 575f.; Ersatz der Kosten eines Spezialarztes (a.) 198; eines Nichtkassenarztes (a.) 465; Verpflichtungen der Kk. bei Anordnung einer Operation durch die BG. (n.) 672.
Krankenkarten (n.) 793.
Krankenkassen, Organisation 270; Regelung der Verhältnisse der Sektionen (n. 696; Aufsicht 146; in den Städten 61; Oberaufsicht 335; Einschreiten der Aufsichtsbehörde bei falscher Beitragsberechnung (a.) 72; Blühen ungesetzlicher Kk. 433ff.; Heilmittelbezug durch Kk. 22; Be-

Digitized by Google

sorgung der JV.geschäfte 449; Geldstrafen betr. Art der Lohnzahlung (a.) 143; Anzeigepflicht der Kk. bei Unfallerkrankungen (n.) 360; Einsichtnahme in die berufsgenossenschaftlichen Lohnnachweise (n.) 717; bisherige Leistungen 189; Mutterschaftsversicherung 81; Verhältnis zu den Ärzten siehe dieses Wort; zu den Apothekern siehe dieses Wort; zu den Berufsgenossenschaften 622; zu den Kurbädern 622.

Zulassung, Errichtung, Auflösung, Schließung.

Antrag bestehender Kk. auf Zulassung (Ü.) 263; Behandlung der Anträge auf Zulassung (Ü.) 279; Voraussetzungen der Zulassung 534 ff.; Ablehnung der Zulassung (Ü.) 310; Frist zum Einreichen der Satzung 405, 534; Mindestzahl der Mitglieder (n.) 32, 117, 131; Errichtung durch die Gemeindeverbände (n.) 720; Vereinigung, Schließung, Auflösung, Ausscheiden (n.) 19; Abnahme der Jahresrechnung (n.) 768; Behördenzuständigkeit und Verfahren bei Schließung (Ü.) 660; Vermögenszuweisung bei Auflösung (Ü.) 238, 527; Rechtslage der Mitglieder (n.) 428; Übergang freiwilliger Mitglieder geschlossener Kk. (Ü.) 864.

Ersatzansprüche

der Kk. gegen die BG. (a.) 48; Umfang (a. und n.) 479; Zeitpunkt der Übernahme des Heilverfahrens (Ü.) 428; Einwilligung des Verletzten (n.) 428; Ersatzanspruch der Kk. ohne Leistungen (a.) 96; Pflicht zur Verfolgung des Anspruchs 743; selbständige Verfolgung des Rentenanspruchs (a.) 63; Zeitpunkt des Endes der Pflichtmitgliedschaft (a.) 90; Anrechnung der Unfallentschädigung auf die Kassenleistung (n.) 92; Leistungen bei neuen Erkrankungen aus einheitlicher Ursache (a.) 194; Versetzung eines Beamten (a.) 95; Ersatz des Unfallzuschusses (n.) 288; Ersatzanspruch wegen Unfalls beim Fußballspiel 312; Höchstbetrag des Ersatzanspruchs wegen Unterhalts im Krankenhause und Hausgeldes (n.) 287; Ersatzanspruch wegen vorübergehender Leistungen (a.) 63; gegen einen Turnverein (a.) 96; einen Unternehmer bei Unfallverletzung 191.

Ersatzpflicht

der Kk. gegenüber:

der BG., Übernahme des Heilverfahrens (n.) 432; Benachteiligung der Kk. durch die Übernahme (n.) 672; selbständige Prüfung des Anspruchs des Verletzten gegen die Kk. durch die BG. 542, 662; Bedeutung der Entscheidung der Rechtsmittelinstanzen über den Anspruch des Verletzten gegen die Kk. (a.) 662; Ersatzpflicht der Kk. beim Übergange der Gewährung ärztlicher Behandlung und Arznei auf die Berufsgenossenschaft (a.) 158, 168; beschränktes Aushilfeersuchen 456; Übergang des Entschädigungsanspruchs der landwirtschaftlichen BG. 13 f.; Sorgfalt bei Ausführung der von der BG. übertragenen Fürsorge (a.) 418; Prüfung des Wegfalls des Anspruchs durch die BG. (a.) 225;

der LVAn. wegen Kosten eines Heilverfahrens (a.) 273;

der VAn., Verjährung (a.) 407;

dem Armenverbande 430 f.;

dem Arbeitgeber wegen der Kosten der ärztlichen Behandlung (a.) 239; vorsätzliche Zuziehung einer Krankheit (a.) 393; Gesamtschuldverhältnis einer Kk. und eines Armenverbandes (a.) 67; Zuständigkeit für Streitigkeiten über Ansprüche des gegen Krankheit nicht versicherten Unfallverletzten (Ü.) 455; am 1. Januar 1912 anhängig gewesene Streitsachen 397; maßgebendes Recht und Zuständigkeit (Ü.) 607; Spruchsachen, erstattungspflichtiger Versicherungsträger (n.) 814.

Krankenkassenangestellte 25; Übernahme von Angestellten bei der Neuordnung 130; Rechte der Angestellten bei Schließung der Kk. 382; Geltung von Anstellungsverträgen über den 1. Januar 1914 hinaus 382; Ruhegehalt 192, 600; bei Schließung der Kasse 527, 671; Rechte der in den Ruhestand versetzten Angestellten 792; Wahrung der Rechte der Angestellten (Ü.) 765, 791; Anstellung zum gegenwärtigen Bedarf (Ü.) 503; Besetzung der Kassendienststellen (Ü.) 382; Mitwirkung des Kassenausschusses (n.) 383; Abschluß des Vertrages durch das VA. (n.) 814; Änderung eines Vertrages zwischen Kk. und Rechnungsführer, Kündigung 430; Kündigungsrecht der Angestellten (n.) 647; Entlassung eines Angestellten aus wichtigem Grunde 733; Reisekosten und Tagegelder (a.) 120; Vergütung für den Rendanten 216; Geldstrafen gegen Angestellte (n.) 647; Beamteneigenschaft (n.) 373, 677, 693, 740; Dienstordnung (n.) 600, 622; private Musterdienstordnung 692; KV.pflicht 1 ff., 25 ff.; AV.pflicht 118, 473; Rendant 719.

Krankenkassenärzte siehe Kassenärzte.

Krankenkassenausschuß. Wahlen (n.) 604, 635; Wahlen nach Abteilungen (n.) 765; erste Wahlen (n.) 601; Wahlberechtigung (n.) 601 ff., 721 f.; Wählerlisten (n.) 601; Arbeitgeber- und Mitgliederverzeichnis (n.) 601; Wählbarkeit (n.) 602; der Arbeitgeber (n.) 816; Verteilung der Vertreter bei Wahl nach Abteilungen 863; Wirkung der Anfechtung der Wahlen 625; Vorsitzender des Vorstandes und des A. (n.) 432; Amtszeit des Vorsitzenden (n.) 768; Form der Beschlüsse (n.) 528; Mitwirkung bei Anstellung des Kassenpersonals (n.) 383; Straffestsetzung gegen Mitglieder des K. (n.) 787.

Krankenkassenbeiträge 28 f.; Einschreiten der Aufsichtsbehörde bei falscher Berechnung der K. (a.) 72; Änderung der K. 10; Erhöhung (n.) 415; vorläufige Anordnung der Erhöhung (a.) 359; Zahlung der K. für einen keinen Entgelt beziehenden Lehrling (n.) 813; Beseitigung der Beitragspflicht bei zu schließender Kasse (Ü.) 510, 840; Ruhen der Beitragspflicht bei Krankenhilfe nach der RVO. (n.) 383; Einschreiten der Aufsichtsbehörde wegen Zurückweisung von Beiträgen bei festgestellter Mitgliedschaft (a.) 657; Zahlung über das Ende der Mitgliedschaft hinaus (a.) 742; Aufrechnung rückständiger K. eines früheren Arbeitgebers auf Ansprüche aus seiner Kassenmitgliedschaft (a.) 120; Entrichtung für den Tag der Abmeldung (a.) 838; Sonntag 807; Mindestzeitraum 792; Schuldner der Beiträge 47; Haftung des Arbeitgebers (a.) 335 f.; Gesamthaftung mehrerer Arbeitgeber (n.) 335; Haftung des Geschäftsführers eines GmbH. (a.) 432; Pfändung des Arbeitgebers 432; Verjährung des Anspruchs 23; Hinterziehung (n.) 717; Tragen der Beiträge durch die Arbeit-

Digitized by Google

geber allein 805; bei freiwilliger Weiterversicherung (a.) 310.

Krankenkassenleistungen, Änderung durch die RVO. 1, 4 f., 10; Beginn der K. 842; verspätete Anmeldung (a.) 96; ununterbrochene Kassenzugehörigkeit (a.) 143; Unterbrechung der Beschäftigung von fünf Tagen (a.) 286; neuer Erkrankungsfall (a.) 143, 144, 198, 552; Einfluß des Wechsels der Mitgliedschaft auf schwebende Unterstützungsansprüche 287; Einfluß der Erhöhung der Leistungen auf schwebende Ansprüche (a.) 312; Berechnung der Wartezeit bei Erkrankung nach Arbeitsschluß (a.) 312; Hilfstabellen zur Berechnung der K. (n.) 358; Bemessung der K. nach dem Grundlohn (n.) 365; Berechnung der 13 Wochen (a.) 526; Verpflichtungen der Kk. bei Heilverfahren im Krankenhaus nach Ablehnung der 13. Woche (a.) 237; Unterbringung eines Idioten 431; Unterstützung der Kinder des Haushaltungsvorstandes 743; dringender Fall (a.) 585; Eintritt eines Erwerbslosen in eine versicherungspflichtige Beschäftigung (a.) 551; erneute Erwerbsunfähigkeit infolge derselben Krankheitsursache (a.) 263; Anspruch auf K. wegen beim Eintritt vorhandener Krankheit (a.) 841 ff; Beschränkung der K. auf Rückfall (a. und n.) 656: chronische Leiden 648; Erkrankung freiwilliger Mitglieder während der Wartezeit 528; Anspruch eines städtischen Schutzmanns im Nebenamt (a.) 287; Unterstützung wegen einer Freiheitsstrafe 431; Verlust des Anspruchs auf K. durch Ablehnung der Krankenhauspflege (a.) 215, 493; Bedeutung einer früheren Ablehnung angebotener K. (a. und n.) 656; Weigerung des Mitgliedes, in ein Krankenhaus zu gehen 454; schuldhaftes Verhalten des Versicherten, (a.) 384; 336; Haftung des Vaters (a.) 336; ungehöriges Verhalten des Mitgliedes im Krankenhause 407, 575; eigenmächtiges Verlassen des Krankenhauses (a.) 659; des Kassenbezirks (a.) 480, 585; Verlust des Anspruchs auf K. durch Betrug (a.) 215; Anspruch auf Unterstützung nach Ausscheiden aus der Kk. (a.) 262, 325; Gesundschreiben eines Mitgliedes und Abmelden von der Kk. (n.) 264; Anspruch auf Unterstützung trotz Abmeldung (a.) 431; Prozeßzinsen 658; Vererbung des Anspruchs (a.) 95, 294 ff.; Verzicht auf den Anspruch (a.) 95; Zuständigkeit für die Rückforderung grundloser K. (a.) 359; Schutz gegen doppelte Auszahlungen (n.) 747; siehe auch Krankenhilfe, Sterbegeld und Wochengeld; neuer Unterstützungsfall (a.) 198; Tod als selbständiger Unterstützungsfall (a.) 850.

Krankenkassenmitgliedschaft, Einkommen über 4000 M. (n.) 836; bestehende Krankheit 840; Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung (a.) 120; Arbeiter eines Schachtmeisters bei Betrieb mit BKk. (a.) 199; K. der in mehreren Betrieben beschäftigten Personen (a.) 359; Mitgliedschaft bei einer anderen Kasse (n.) 720; Irreführung eines Mitgliedes durch die Kasse über die Fortsetzung der Mitgliedschaft (a.) 429; Erhalten der Mitgliedschaft durch Fortzahlung der Beiträge (a.) 384; Fortbestand einer vor dem 1. Januar 1914 bestandenen Mitgliedschaft (Ü.) 310; Aufrechterhaltung der Mitgliedschaft eines Abwesenden durch seine Frau 192; freiwilliger Beitritt von Beamten (a.) 167; Anfechtung einer freiwilligen Mitgliedschaft 311; Verlust der Mitgliedschaft wegen Nichtzahlung der Beiträge (a.) 37, 118; Ausschluß 528; Erlöschen der Mitgliedschaft wegen Inkrafttretens der RVO. 407; der freiwilligen Mitgliedschaft durch Verzug bei Zahlung des Beitrages (a.) 168, 550; Austritt aus der Pflichtkasse in der Übergangszeit (Ü.) 504; Wegfall der Aufnahmebedingungen (a.) 93; Zeitpunkt des Endes der K. (a.) 90; Wiedererwerb der Mitgliedschaft durch einen Chronisch-Kranken (a.) 812; Recht auf Weiterversicherung in der niedrigsten Klasse (n.) 238; Zuweisung zu den Kassen 12 f.; Anweisung der Aufsichtsbehörde zur Überweisung eines Mitgliedes an eine andere Kasse (a.) 224; Unterbrechung der Kassenzugehörigkeit (a.) 222, 734. Kassenzugehörigkeit während einer militärischen Übung (a.) 216; Beschäftigungsort bei Zugehörigkeit zu einer bestimmten Kasse (a.) 254; Klassenversetzung wegen Veränderung des Arbeitsverdienstes (a.) 132; Auseinandersetzung zwischen Kassen wegen Entscheidung über die Kassenzugehörigkeit (a. und n.) 864; Rechtslage freiwilliger Mitglieder beim Ausscheiden von Kassenteilen (Ü.) 839; Beitritt, Form (n.) 363; ärztliche Untersuchungen (n.) 413; siehe auch Anmeldung.

Krankenkassenorgane (n.) 9; Wahlen siehe Kk.-wahlen und Kk.ausschuß; Pflichten (n.) 717; Vergütung für die Mitglieder der K. (n.) 525; Offenbarung von Lohnverhältnissen (n.) 767; siehe auch Kk.vorstand Kk ausschuß, Versichertenvertreter, Hauptversammlung.

Krankenkassensatzungen, Prüfung der neuen K. (Ü.) 412 ff., 433 ff.; Form der Beschlußfassung (n.) 489 ff.; Geltungsbeginn einer Änderung (a.) 563, 647; Bekanntmachung der Änderungen (a.) 647; Mustersatzungen (n.) 199, 271 f., 364 ff., 478, 514; Behandlung der besonderen Berufszweige (Ü.) 504; Behebung von Mängeln (Ü.) 382. Unzulässige Bestimmung: Unterstützung bei Geburt eines Kindes (n.) 551. Zeitpunkt der Genehmigung (n.) 745; Verfahren bei zu Unrecht genehmigten Satzungsvorschriften (a.) 840.

Krankenkassenverbände 29, 235, 619; Übersicht in Preußen 836, 858; Sachsen-Anhalt, Verband 419; Gesamtverband deutscher Kk. 859; Zentralisation 31; Buchung der Ausgaben 359 f.; siehe auch Kassenvereinigungen.

Krankenkassenverwaltung (n.) 9; Treu und Glauben 191; Kassen- und Buchführung (n.) 128, 670, 793 ff., 814; Verbuchung der Versicherungsbeiträge für die Angestellten 406; Rechnungsführung 453, 477, 750; Aufbewahrung der Bücher 744; Verwahrung der Sparkassenbücher (a.) 96; Verwahrung von Wertpapieren 488; Gebühr für Abholung der Beiträge (a.) 191; Dienstordnungen 408, 502; Bildung eines Sondervermögens (n.) 269.

Krankenkassenvorstand, Zusammensetzung und Wahl (n.) 366 f., 432; Neuwahlen (n.) 480; Wahlberechtigung (n.) 722; Wählbarkeit (n.) 722; der freiwilligen Kassenmitglieder 432; Bekanntmachung der Wahlen (n.) 768 Wahl des Vorsitzenden 22, 25; Vorsitzender des Ausschusses (n.) 455; Überschreiten der Gehaltsgrenze (n.) 431; Befugnisse des Vorsitzenden zur Straffestsetzung (n.) 23; Wohnsitz des Vorsitzenden (n.) 742; Pauschvergütung für die Mitglieder des K. (n.) 551; für Teilnahme an den Sitzungen (a.) 216; Genehmigung der Entschädigung für den Vorstand (a.) 624; Reisekosten und Tagegelder (a.) 120; Bewilligung einer Badereise 648; Stellvertretung der Mitglieder des K. (a.) 120; Haftung der Mitglieder für einen Hypo-

Digitized by Google

thekenausfall (a.) 143; siehe auch Krankenkassenorgane.
Krankenkassenwahlen (n.) 668, 677, 721; Neuwahlen bei ausgestalteter Kk. (n.) 744; Wahlberechtigung (n.) 721; doppeltes Wahlrecht einer Person (n.) 864; Dienstboten haltende Personen (n.) 767, 791; Ehefrau 767; Wählbarkeit, satzungsgemäße Beschränkung 716; Betriebsbeamte (n.) 723 f., 743, 768; Betriebsleiter (n.) 743; Geschäftsführer (n.) 743, 768; Ausländer als Organe der Kk. (n.) 600; Verlust der Wählbarkeit (n.) 815; Stimmrecht des Arbeitgebers (n.) 791; der Aktiengesellschaften, Genossenschaften usw. (n.) 791; Stellvertretung (n.) 791; Wahlordnung, Bekanntmachung 742; Verhältniswahlverfahren (n.) 385 ff.; Vorschlagslisten (n.) 648; Vorhandensein nur einer Wahlliste (n.) 791, 816; Frist zur Einreichung des Wahlvorschlags (n.) 840; Wahlvorschlag des Vorstandes (n.) 767; unzureichende Zahl von Bewerbern auf einer Liste (n.) 624; Fehlen von Wahlvorschlägen (n.) 839; Verteilung der Vertreter bei Wahl nach Abteilungen (n.) 863; Wahl einer zu großen Zahl von Vertretern 816; Anfechtung (n.) 816; siehe auch Kk.ausschuß und Kk.vorstand.
Krankenkassenwesen, Deutsches, Zentrale 858.
Krankenkontrolleur, UV pflicht (n.) 471, 518.
Krankenordnung 863; Strafen für Übertretung (n.) 551; Muster einer K. 806, 833.
Krankenpflege (n.) 4; erweiterte 5; Ersatzansprüche (n.) 651; Höhe des Ersatzes (n.) 456; Erfüllungsort für K. 503.
Krankenpfleger, AV. 242, 591.
Krankenrenten, Zahl der im Jahre 1912 bewilligten K. 236; Anrechnung der K. auf die Dienstbezüge städtischer Angestellter (n.) 712; Voraussetzung der Gewährung einer K. (a. und n.) 780.
Krankenruhegeld 247.
Krankenschein, Beglaubigung (n.) 415; K. als Legitimationspapier (n.) 747; Haftung der Kk. bei Ausstellung eines K. für ein ausgeschiedenes Mitglied (a.) 585.
Krankenschwester, Arbeitsverhältnis 864.
Krankenunterstützung siehe Krankenkassenleistungen.
Krankenversicherung, Änderungen nach der RVO. 1 ff., 25 ff.; Berücksichtigung des Arbeitslohns 78; Streitigkeiten 30; Wiederaufnahme der Versicherung (n.) 720; Zwangsdoppelversicherung 286; Mutterschaftsversicherung 81 f.; K. durch Lebensversicherungsgesellschaften 525; K. in den Niederlanden 354; Ausbau der K. in England 642; ein Nachschlagebuch zur K. 285; Handbuch der K. 358; Kommentar zum KV.gesetz von Peterson 623; Statistisches 713; Ergebnisse im Jahre 1912 332; Leistungen 790; volkswirtschaftliche Bedeutung der Statistik 568.
Krankenversicherungsberechtigung (n. 2; Erlöschen mit Inkrafttreten des neuen Rechts (Ü.) 742.
Krankenversicherungsgesellschaften 862.
Krankenversicherungspflicht, Arten 2; Erweiterung der K. 1 ff., 139; Mindesteinkommen (n.) 813; selbständige Hausgewerbetreibende (a.) 239; Wandergewerbe (Ü.) 849; Männerheim der Heilsarmee (a.) 466, 706; in eine Wohltätigkeitsanstalt Aufgenommene (a.) 587; Beschäftigung forstwirtschaftlicher Arbeiter durch Gewerbetreibende (a.) 631; Genossen einer eingetragenen Genossenschaft 719; BG. 260; Söhne im Betriebe des Vaters (a.) 390; dem Manne helfende Ehefrau 288; Stadtorchester (a.) 96; Erbsenleserinnen (a.) 114; Kantinenwirtin einer Ziegelei (a.) 152; Invalidenrentner (a.) 191; Pförtner und ihre Frauen in Privathäusern (a.) 192; städtische Nachtwächter (a.) 216; Stornäherinnen (n.) 222; Angestellte eines Dentisten (a.) 392; Dienstboten (n.) 2, 764, 808, 835; Dienstmädchen, Reinigung von Postdiensträumen (a.) 144; von Geschäftsräumen (a.) 335; Aufwärterinnen (n.) 648, 743; Hausreinigungsfrauen (n.) 743; Kinos, Pianistin (a.) 239; Kinos, Musiker (a.) 512; regelmäßig sich wiederholende Beschäftigung (a.) 253; mißglückter Arbeitsversuch (a.) 297, 391; Beschränkung der Beschäftigung auf weniger als eine Woche (a.) 391; chronische Krankheit (a.) 287; Arbeitsverhältnis, Begründung, ansteckende Krankheit (a.) 608; Ende, Aufhören der Beschäftigung (a.) 587; Arbeitsverhältnis, Zeitpunkt der Beendigung (a.) 609; K. und Mitgliedschaft einer Hilfs- oder Ersatzkasse (a.) 813; Ermittelung Versicherungspflichtiger und ihrer Lohnverhältnisse (a.) 791; Streitigkeiten über K. (n.) 841; Befreiung von der K. 3 f.; Befreiung eines Teiles der Arbeiter (n.) 839; Verfahren und Wirkung (n.) 508 ff.; vertragsmäßige Leistungen (a.) 96; in Betrieben oder im Dienste des Reichs Beschäftigte (n.) 647; bei privaten Versicherungsunternehmungen Beschäftigte (n.) 768; Antrag eines Minderjährigen (a.) 467; Zurücknahme des Antrags auf Befreiung (n.) 413; vorübergehende Dienstleistungen (n.) 848.
Krankenversicherungsvereine 599.
Krankenversicherungswesen, unlauterer Wettbewerb 136.
Krankheit und Altersschwäche (a.) 827; Totgeburt (a.) 94; Schielen (a.) 216; Mutterschaftsleiden (a.) 407; Idiotismus 431; Schwangerschaft (a.) 587.
Krankheitsbescheinigung bei VA. in Preußen 186 f.
Krankheitsverhältnisse, Nachweis 571.
Krankheitswochen, Voraussetzungen der Anrechnung (a. und n.) 780.
Kreisdesinfektor, JHV. (n.) 18.
Krücken, Lieferung durch die Kk. 406.
Kutscher, Zugehörigkeit zur BG. 451; UV.pflicht des K. eines Beamten mit Dienstfuhrwerk (n.) 504; K. als Handlungsgehilfen, AV. 591.

L.

Lagereiberufsgenossenschaft und Fuhrwerksberufsgenossenschaft 140.
Lageristen, AV. 763.
Landarbeiter, KV. 718.
Landesregierung in Sachsen (n.) 177; in Baden (n.) 196.
Landesversicherungsanstalten, Aufgabe 651; Geschäftsführung 147 f.; Anlegung des Vermögens 148; Heilbehandlung 163, 651; Erstattung der Kosten an die VA. in Preußen 251; Ersatzansprüche der L. bei erweiterter Krankenpflege 651; Ersatzanspruch gegen die Kk. wegen Heilverfahrens (a.) 273; jetziges Vermögen der L. 582; L. Sachsen-Anhalt 45.
Landkrankenkassen 5 ff., 25, 31, 147, 265, 427, 435 f., 569; Anmeldung 29; L. und OKk. 569; erweiterte Krankenpflege 651; Zuständigkeit für Beschwerde über Nichterrichtung einer L. (a.) 393; Vermögensteilung mit ausgestalteter OKk. (Ü.) 742; Vermögensüberweisung (Ü.) 850.

Digitized by Google

Landkrankenkassenausschuß, Zahl der Ersatzmänner (n.) 743.
Landwirtschaft, KV.pflicht 2; Befreiung (n.) 3f.; Leistungen (n.) 4; LKk. (n.) 7; Beiträge 29.
Landwirtschaftlicher Betrieb, Begriff 18; Bemessung der Unfallrente der Arbeiter (n.) 94.
Lebensalter, Versicherungspflicht 1; der Mann von 50 Jahren 91; Statistik 165; Berechnung des L. bei AV. 592.
Lebensversicherung bei AV. 138, 249f., 373ff., 401; Pensionskassen 593ff.; Kruppsche Pensionskasse 188; Knappschaftskassen 593; UV. 592; ausländische Gesellschaft 762; L. eines Vereins 762; Risikoversicherung 762; prämienfreie Versicherung 762; Umwandlung einer Versicherung in eine prämienfreie 594; Zuschläge für Zinsverlust als Teil der Prämie 594; Versicherung der Ehefrau 762; Nachversicherung 762; Begriff Versicherungsvertrag 594: rechtzeitiger Abschluß des Vertrages 762; Verpfändung der Police 594, 762; Beleihung 594; Verfahren und Wirkung der Befreiung 509f.
Lehrer, KV. 2; AV. vertretungsweise beschäftigte L. 186; Stunden geben 192; Zahlung der Beiträge 544; JV. in Preußen (n.) 184.
Lehrlinge, KV pflicht 2, 47; Befreiung von der KV. 4; Leistungen der Kasse 5; AV. 242, 527.
Leipziger Ärzteverband 19f., 69f., 403, 453, 457ff., 478, 498, 784.
Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers bei KV. (n.) 627.
Lohn, Freitrunk als L. des Brauereiarbeiters (a.) 87f.; Krankengeld als L. (a.) 119; vorübergehende, zufällige L.verhältnisse beim Begriff des gleichartigen Arbeiters (n.) 122; Ortsl. bei GUV. (n) 123; Beeinflussung des L. durch die Sozialversicherung 140; vom Arbeitgeber gezahlte Arbeitnehmerversicherungsbeiträge als L. (a.) 741; Statistik 401, 569.
Lohnarbeit, Begriff 154;
Lohnarbeitsverhältnis, Männerheim der Heilsarmee (a.) 466.
Lohnklassen, Festsetzung (n.) 414, 569; Merkmale für die Festsetzung 512; Sonntage als Arbeitstage 59; Naturalbezüge 61; Zusatzbeiträge zur fünften L. 79; Versicherung in einer zu hohen L. 814.
Lohnklassensystem bei den Kk. 9ff.
Lohnnachweise der BG., Einsichtnahme durch die Kk. (n.) 717.
Lupusheilstätte in Hamburg 548.

M.

Marken der JHV., Art der Entwertung (n.) 497; Tag (n.) 399, 497; Zeit (n) 782; Verwendung gefundener M. (n.) 687; Überwachen der Verwendung (n.) 360; Verwendung durch die Aufsichtsbehörde der Kk. (a) 119; Rechtswirksamkeit verwendeter und vernichteter M. (n.) 18, 420ff.; Anfechtung (n.) 802, 856; Verweigerung der Anerkennung eingezogener M. (n.) 349; zu Unrecht verwendete M. (n.) 349; Behandlung verwendeter M. als ungültige (n). 422; Strafe wegen unzulässiger Verwendung von M. (n.) 613; Schutz älterer M. (n.) 557; Pflicht- oder Selbversicherungsm. (n.) 710; M. der AV. 244.
Maschinenschreiber, AV. 591, 763; JHV. (n.) 709.
Masseure, AV. 591.
Mehrleistungen bei KV. (n.) 4.
Meteristen, AV. 590.
Meldestellen in der KV. 29.
Meldewesen (siehe auch Anmeldung) in der KV. 29.
Militärdienstzeit, Erhöhung der Invalidenrente (n.) 115.
Militärinvalide, Befreiung von der JV. (n.) 208.
Militärpersonen, Kassenzugehörigkeit während einer Übung (a.) 216; Beitragswochen für die AV. während einer Übung 245; Erwerbslosigkeit bei Einziehung zum Militärdienst (a.) 299.
Minderjährige, Prozeßfähigkeit (n) 337ff.; Operation eines M ohne Genehmigung des gesetzlichen Vertreters 567.
Mindestverdienst bei JHV., Durchschnittsberechnung 779.
Mindestverdienstgrenze, oberschlesische Bergarbeiter 802.
Missionsarbeiter, JV. 349.
Mitgliederverzeichnis der Kk. (n.) 3, 750, 793.
Mitgliedskarten für Kk. (n.) 793ff.
Mittelstandssanatorium 524.
Monatsblätter für Arbeiterversicherung 329.
Musiker, völlig erblindeter, JV. (n.) 210; M. in Kinos, KV. 512.
Musikkapellen in Gast- und Kaffeehäusern, Arbeitgeber (n.) 18, 445; bei AV. 593.
Musterdienstordnung für Kk.angestellte 692.
Mustersatzungen für Kk. (n.) 199, 271f., 361ff., 427, 448, 450, 478, 514; Beiträge für unständig Beschäftigte 528.
Musterverträge zwischen Ärzten und Kk. 355, 499, 546: Ärztetag und M. 546.
Mutterschaftsfürsorge 117.
Mutterschaftsversicherung 4; Genter System 81.

N.

Nachweisung des Vermögens der Kk. (n.) 752, 793.
Nachweisungen der Ärzte bei den Kk (n.) 793.
Nachtbesuche des Arztes 741.
Nachtwachen in Krankenhäusern, Bezahlung der Kosten 528.
Näherinnen, JV. 221; KV. 384.
Naturalbezüge, Begriff (n.) 105f.; Freitrunk des Brauereiarbeiters bei KV. (a.) 87f.; Festsetzung des Wertes (n) 107
Naturalleistungen bei KV., Bemessung des Wertes 61.
Niederlande, KV. 354.
Notare, KV.pflicht der Angestellten 1.

O.

Oberhäuer, AV. 591.
Oberschiedsgericht bei AV. 248f., 550.
Oberste Verwaltungsbehörde in Sachsen (n.) 177; in Baden (n.) 196.
Obersteiger, AV. 591.
Oberversicherungsämter in Bayern 151; in Baden 196; Stellvertreter des Vorsitzenden 58; Wirkungskreis 145ff; Oberaufsicht über die Kk. 335; Genehmigung der Ausgestaltung von OKk. 102; Entscheidung von Streitigkeiten 30; Entscheidung über die Berufung 800; Rekursfähigkeit einer Entscheidung des O. 503; Vorentscheidung des Vorsitzenden 399; Abgaben von Streitigkeiten an das RVAm. 171, 315f., 687; Zurückverweisung (n.) 802; Gutachten eines bestimmten Arztes (n.) 769, 782; Kosten der O. 117f.; Berechnung der Kosten der O. in übernommenen Streitsachen (ü.) 463; Kosten in Unsachen im 2. Halbjahr 1912 in Preußen 250;

Digitized by Google

Kosten der Beweisaufnahme in Preußen (n.) 178; Beiträge der Versicherungsträger zu den Kosten 18, 72.
Öffentliche Behörden, VG. als ö. B. (n) 689.
Operation, siehe Bruchoperation.
Orchester, JHV. (n.) 782, 855.
Orchestermitglieder, KV.pflicht 2.
Ordnungsstrafrecht der Kk. gegen widersetzliche Kranke (n.) 648; O. in der RVO. 772.
Ortsbehörde in Sachsen (n.) 177; in Baden (n.) 166.
Ortskrankenkassen, Zahl 5; gemeinsame (a) 98; allgemeine (a. und n.) 6ff., 99, 147, 265, 270f., 279, 318ff., 344, 435f., 817; in Berlin (n.) 500; besondere (a. und n) 98, 147, 265, 270f., 318ff., 343, 821; besondere O. in Preußen (n.) 22; in Hamburg (n.) 690; Gleichwertigkeit der Leistungen einer allgemeinen mit denen einer besonderen (n.) 286; Zulassung von O. (n.) 8f; Errichtung, Ausgestaltung und Zulassung (n.) 47f.; Ausgestaltung 98ff., 429, 817ff.; Errichtung und Ausgestaltung im Landkreis (n) 118; Ausgestaltung gemeinsamer O. (n) 318ff, 817ff.; Zulassung für alle Betriebsarten und Gewerbszweige (Ü) 428; für mehrere (n) 433; nur für männliche Gesellen (n.) 23; für Fabrikbetriebe gewisser Gewerbszweige (n) 47, 93; für Gewerbszweige oder Betriebsarten (n) 143; früher nicht zulaßbare (n.) 406; Antrag bestehender O. auf Zulassung (Ü.) 263, 823; Beschwerde wegen Ablehnung des Antrags auf Zulassung und Ausgestaltung einer O. (n) 168; Zuständigkeit für die Beschwerde (n.) 393; Zulassung und Ausgestaltung in Köln a. Rh. 474; Stellung der preußischen Behörden zu den Zulassungsanträgen der O. (Ü.) 559; Entscheidung des OVA. bei Uneinigkeit beteiligter Verbände bei der Errichtung von O. (n.) 94; Mindestzahl von Mitgliedern (n.) 32; Mitglieder von LKk. (n.) 825; Aufnahme von Personen mit mehr als 2000 M. Einkommen 251; Beschlußfassung über die Satzung (n.) 24; neue Kassensatzung (Ü.) 87; Prüfung der neuen Satzungen (n) 412ff., 429; Mustersatzung für allgemeine O. (n.) 362, 427, 448, 450; Bezirk einer O. (n.) 144, 335, 824; Kassenzugehörigkeit, Wallniederlegungs- und Abbruchsarbeiten (a.) 113; einzelne Arbeit außerhalb des Betriebssitzes (a.) 120; O. und LKk., Wahlrecht (n.) 569, 720, 814; Halbtagsmädchen (n.) 813; Wahlen der Organe (n.) 721; Verhältniswahlverfahren 385ff.; Listenwahl 576; Wahlen zu neuerrichteten oder ausgestalteten O. (n.) 538; Wahlberechtigung (Ü.) 576; Wählbarkeit von Betriebsleitern 576; Wirkung der Anfechtung der Wahl bei allgemeiner O. (n.) 625; Angestellte, Versetzung in eine höhere Gehaltsklasse (Ü.) 252; Lage der Angestellten bei Schließung einer nicht zugelassenen O. (Ü.) 359, 576; unzulässige Kündigung 446; Ruhegehalt des Rendanten 551; Rechtsstellung der Angestellten bei der ausgestalteten O (Ü) 576; ältere Anstellungsverträge (Ü.) 672; Behandlung schwebender Versicherungsfälle (Ü.) 840; Verhältnis zu den Hilfskassen 621; Schließung (n.) 435f.; Vermögensüberweisung bei Schließung einer O und Errichtung einer Innungskk. (n) 816, 850.
Ortskrankenkassenverbände, Organisation der OKk. 20; Zentralisation 31; Hauptverband deutscher O. 235, 858; freie Vereinigung sächsischer OKk. 448; Stuttgart 806; Hauptversammlung des Hauptverbandes 617.
Ortslohn bei GUV. (n.) 123; Zugrundelegung des O. bei früherer Erwerbsbeeinträchtigung 124; Grundsätze für die Festsetzung des O. in Preußen 634.
Ortspolizeibehörde in Sachsen (n.) 177; in Baden (n.) 196, 197.

P.

Pensionskassen, private, bei AV. in Preußen 445; kleine P. unter Reichsaufsicht 525, 593f., 863.
Pensionskassenbeiträge, keine Rückzahlung 574
Pensionsversicherung, allgemeine, in Schweden 236, 583.
Personalkartensystem 571.
Pianistin im Kinotheater, KV. (a.) 239; AV. 590.
Pfändbarkeit von Reisespesen 211f.
Pförtner in Hotels, AV. 590; auf Werft, AV 667.
Plomben von Zähnen, Kk. (a.) 575
Poliere, AV. 591.
Polizeibehörde in Sachsen (n.) 177.
Portier siehe Pförtner.
Privatlehrer, AV. 666, 762.
Privatversicherung, Geschäftsbericht des Aufsichtsamts für 1912 862.
Probebrüder der evangelischen Brüderhäuser, AV. 591.
Probeentnehmer bei Handelskammern, AV. 590.
Prothese 397.
Provision als Lohn bei KV. (a.) 707.
Prozeßfähigkeit der Minderjährigen (n.) 337ff.
Putzfrauen als unständig Beschäftigte (n.) 767.

Q.

Quittungskarten, Probezählung 21; Zahl der Q. im Jahre 1911 233; Aufstellung und Umtausch 802; Unanfechtbarkeit eingetragener Ersatztatsachen (n.) 314; Erlangung von Q. durch Betrug (n.) 422f.
Quittungsleistung in der AV. 695.

R.

Recherceure in Auskunfteien, AV. 591.
Rechtsberatung der minderbemittelten Volkskreise 597.
Rechtsanwälte, Erstattung der Kosten im Verwaltungsstreitverfahren 65; R. als Syndizi, AV. 592; KV. der Angestellten 1; JHV. der Stenographen 709.
Rechtsauskunftstellen, gemeinnützige, Auskunftserteilung der Behörden in Sachsen 712; Tätigkeit der R. in Versicherungssachen 789.
Rechtshilfe, Begriff 360; Anspruch der Versicherungsträger auf R. (n.) 558, 717; R. des VA. auf Ersuchen des OVA. (n.) 812.
Rechtsmittel bei Anwartschaftsbescheid (n.) 149ff.; bei Änderung der Unfallrente (Ü.) 347; bei Verstoß gegen die Abgabepflicht des OVA. (n.) 399; Einlegung von R. an Kaisers Geburtstag 475, 787; Einwerfen der Schrift in den amtlichen Briefkasten 596; Frist für R. bei den Versicherungsanstalten (a.) 613; Wahlanfechtung als R. 625f.; Anfechtung der Zurücknahme eines R. 630; Zulässigkeit des R. (n.) 706; R. in der UV. (n.) 732; gegen Entscheidungen des OVA. (n.) 783.

Digitized by Google

Rechtsweg, Entscheidung von Streitigkeiten in der KV. 31; R. gegenüber einer Entscheidung der Aufsichtsbehörde 37; R. und Verwaltungsstreitverfahren 71, 119; Verfolgung von Ansprüchen gegen die BG. (a.) 133.
Regelleistungen (n.) der KV. 4 f.
Registratoren, kaufmännische, AV. 591.
Reichsarbeitsblatt 329.
Reichsversicherung, deutsche, gemeinverständliche Darstellung 285.
Reichsversicherungsamt 117; Entscheidung von Streitigkeiten 30; Unzuständigkeit für gewisse Beschwerden (n.) 393; Fragen der äußeren Organisation der KV (n.) 272; Geschäftsbericht des R. für 1912 329; Amtliche Nachrichten des R. 329; Großer Senat 502.
Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 117, 243; Direktorium 243; Verwaltungsrat 243; Amtliche Nachrichten 309.
Reichsversicherungsordnung, Änderungen der KV. 1 ff, 25 ff.; Inkrafttreten des Fünften Buchs 14; der Vorschriften über die Beziehungen zwischen KV. und UV. 21; Voraussetzung des Inkrafttretens einer Verordnung (Ü.) 562; Nichtigkeit der Entscheidung einer sachlich unzuständigen Verwaltungsbehörde (Ü.) 562; Berechnungen zur RVO. und zum AV gesetz 285; Ausgabe des Gesetzes von Hoch 718.
Reichsversicherungsrecht, Jahrbuch 215.
Reisender, Provision bei Arbeitsverdienst (a.) 526.
Reittierhaltung, BG. 306; R. der Forstreiterverwaltung, UV 800.
Rekurs, Zulässigkeit bei UV. (n.) 728; Zahl der R 332.
Rendant der Kk., Vergütung 216.
Rennverein, KV pflicht eines Kontrolleurs (a) 37.
Rente, Einfluß des Bezuges einer R. auf die Leistungen der Kk. 5; vorläufige R. (n.) 347, 394; Beschleunigung der Auszahlung 70; Festsetzungsverfahren 149 ff.; Inkrafttreten der RVO. während des Verfahrens (Ü) 256; Vernehmung des Arztes (n.) 312.
Rentenanträge, Kosten bei Vorbereitung (a) 399.
Rentenausschüsse 243, Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren, Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192); Verfahren bei AV. 605 ff.: Feststellung der Leistungen 248; Auskunftspflicht der R. 713.
Rentenempfänger, Unterbringung in Invaliden- oder Waisenhäusern 213.
Rentenentziehung, Ausschluß der Revision (Ü.) 259.
Rentenhysterie 305, 523
Rentenrückstände, Ansprüche der Hinterbliebenen (n) 673.
Rentenstammkarten 70.
Rentensucht 189 f., 305.
Revision, Voraussetzungen (n.) 702; Unzulässigkeit bei Gewährung von Krankenrente statt Invalidenrente (n.) 18; bei Erhöhung von Invalidenrente (n.) 115, 737; bei Streit über Gewährung von Kranken- oder Invalidenrente (n.) 230; R. bei Entziehung der Invalidenrente (Ü.) 259; Zulässigkeit der R. gegen eine Entscheidung des Schiedsgerichts, durch die nur der Gegner beschwert ist (n.) 300 (327); Zulässigkeit bei Versagung der Rente (n.) 687; Aufrechnung (n.) 756; maßgebender Zeitpunkt für die Zulässigkeit (n.) 802, 848.
Revisionsgrund, Abweichung von grundsätzlicher Entscheidung usw. (n.) 899.
Röntgenlaboratorien, Gehilfen, AV. 591.
Röntgenverbrennung 452; Durchleuchtung, Ersatz der Kosten 528.
Rotes Kreuz 329; Zusammenwirken mit den gewerblichen Berufsgenossenschaften 622.
Ruhegeld bei JHV. (n.) 18; bei AV. 245, 248; Gewährleistung der Anwartschaft auf R. bei AV 18 f.
Ruhen der Rechte und Pflichten bei KV., Beweispflicht beim Antrag (n.) 384.
Rumänien, Arbeiterversicherung 501.

S.

Sachsen, Landesregierung, oberste, höhere, untere Verwaltungsbehörde, Polizeibehörde, Gemeindebehörde, Gemeindeverband, Versicherungsamt (n.) 177; Auskunftserteilung der Behörden an gemeinnützige Rechtsauskunftstellen 712.
Sachsen-Anhalt, Landesversicherungsanstalt 45; Verband der Kk. 449.
Sachverständige, Vernehmung (n.) 775.
Sägewerk, landwirtschaftlicher Betriebsunfall (a.) 441; genossenschaftliches S. (a) 735.
Sammelkarte, Unrichtigkeit, Rentenberechnung (n.) 399.
Satzungen von Kk. siehe Kk.satzungen.
Schächter, AV. 590.
Schachtmeister als Unternehmer bei KV. (a.) 118; S. als Angestellte 596.
Schadensersatz, mitwirkendes Verschulden durch Trunkenheit 259; minderjährige Kinder 119.
Schaufensterdekorateure, AV. 591.
Schauspieler, AV. 527, 763.
Schiedsgericht bei AV. 258 f; in Berlin 327, 354; S. in Verträgen zwischen Ärzten und Kk. 616; Zuständigkeit bei Angehörigen- neben Hinterbliebenenrente (a.) 589.
Schiffer, Krankenversicherungspflicht 2.
Schmerzensgeld bei AV. (a.) 326.
Schonungsrenten 482.
Schriftsteller, AV. 592
Schuhmacher, Verkäuferin als Handlungsgehilfin 21.
Schuldiener, Ehefrau, JHV. (n) 762.
Schutzleute, AV., 591.
Schutzgebiete, Arbeiterfürsorge 68.
Schutzvorrichtung, Nichteinführung einer S. bei GUV. als mitwirkendes Verschulden (a.) 325.
Schwangerenunterstützung 81, 264, 714.
Schwangerschaft als Krankheit (a.) 587.
Schweden, allgemeine Pensionsversicherung 236, 583.
Schweigegebot bei UV. 704 f.
Schweigepflicht der Vorstandsmitglieder der Kk. (a.) 373.
Schwiegermutter, JV. 640.
Seeberufsgenossenschaft, unfallberechtigte Inländer im Auslande (n.) 180.
Seeunfallversicherung, Die, 309.
Selbstversicherung bei AV. 242 ff.; bei JV., Zulässigkeit 313 f.; Wartezeit (n) 175; Anrechnung der Beiträge (n.) 421 f.; taubstummes Mädchen, Grundstücksübernahme 567; Vollziehung (Ü) 174 f: Voraussetzung der Erneuerung (Ü.) 688.
Simulation, siehe Verstellung.
Sondervermögen bei Kk., Größe (n.) 269 ff.
Sonntag als krankenversicherungspflichtiger Arbeitstag 10, 59.
Sonntagsarbeiter, Erhöhung der Beiträge zur KV 12.
Soziale Frage, Die Entwicklung der s. F. 719.
Soziale Hygiene, Grundriß 406.

Digitized by Google

Soziale Kultur unter Kaiser Wilhelm II. 645.
Sozialhygienischer Gesetzentwurf 811.
Sozialpolitik, Deutsche, unerwünschte Folgen 646.
Sozialversicherung, Deutsche, bisherige Leistungen 189; Würdigung der S. 523; Gegner der S. 618; S. und Armenstatistik 740; Gedanken über Fortentwicklung der S. 145 ff.; Verhandlungen im Reichstage 166; Erfüllung der in die deutsche S. gesetzten Erwartungen 356; Gesetzentwurf über S. in Belgien 328; internationale S. 39.
Sparkassenbücher einer Krankenkasse, Verwahrung (a.) 96.
Spezialarzt, Übernahme der Kosten durch die Kk. (a.) 198, 213; Bewegung unter den S. von Groß-Berlin 447.
Spruchausschuß, Zuständigkeit (n.) 417.
Spruchkammer, Aussetzung des Vollzugs des Endbescheides durch den Vorsitzenden (n.) 334 f.
Spruchverfahren bei UV. (n.) 697, 731.
Staatsbeamte, Versicherungspflicht 22; Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten in Hamburg 214.
Stadtorchester, KV. (a.) 96.
Stadtwappen, Kk. 672.
Stahlindustrie, BG. im Jahre 1911 231.
Steiger, AV. 591.
Stellenanzeiger für Arbeiterversicherung 689, 764.
Stellenlose, AV. 592.
Stenograph, JHV. (n.) 229, 709.
Stenotypistinnen, AV. 666; JHV. (n.) 709.
Sterbegeld, Begräbnis 72; Anspruch der Hinterbliebenen eines Unfallverletzten an die Kk. auf S. 599; Ungewißheit des Todestages (a.) 600; Begründung des Anspruchs auf S. (a. und n.) 696; Anspruch auf Angehörigen-S. (a.) 850.
Sterbekassen, kleine, unter Reichsaufsicht 525; Überweisumg des Unfallsterbegeldes (a.) 754.
Sterblichkeitsverhältnisse, Nachweis 571.
Stillgeld (n.) 4, 81; Sachleistungen (n.) 429.
Strafbeiträge bei JV., rechtliche Natur (n.) 172.
Strafen in Versicherungssachen, Gesuche um Erlaß und Minderung (n.) 236; Herabsetzung in der Beschwerdeinstanz (n.) 317; Zuständigkeit des RVA. 349; Androhung von S. für Übertretung der Krankenordnung 551.
Straffestsetzung in der Kk., Befugnis des Vorsitzenden (a.) 23; Beschwerde (a.) 383; Beschwerde (n.) 496; Befugnis zur S. gegenüber einem Ausschußmitglied (n.) 767; Zuständigkeit für Beschwerde (n.) 399, 732; S. des Anstaltsvorstandes gegen den Arbeitgeber wegen Nichtabführung der Beiträge (n.) 567; Verstoß gegen die Überwachungsvorschriften der Versicherungsanstalten (n.) 772.
Straßenbahnkontrolleure, AV. 591.
Stuhlmeister, AV. 591.
Syndizi, AV. 592.

T.

Tabakfabrikation, Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden 2.
Tagelohn, durchschnittlicher T. bei Sonntagsarbeitern (a.) 480; Berechnung des Verdienstdrittels (a. und n.) 685.
Tannenzapfen, Sammeln, Betriebsunfall (a.) 64.
Tarifverträge, rechtsbildende Kraft 426.
Taschengeld, KV (a.) 706.
Techniker, wirtschaftliche Lage 597.
Telephonistinnen, AV. 591.
Textilfabrikation, Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden 2.
Tierhalter, Haftung beim Scheuen eines Pferdes 430.
Tochter im elterlichen Haushalt, JV. (n.) 639.
Tod des Versicherten, Vererbung des Anspruchs auf Rente 169, 294 ff.; Zuständigkeit für Antrag auf Versicherungsrenten 349; T. als selbständiger Unterstützungsfall (a.) 850.
Trinkerfürsorge 329.
Trinkgelder als Entgelt (n.) 106, 780.
Trunkenheit als mitwirkendes Verschulden 259, 473.
Trunkfälligkeit bei KV. 4, 384; Krankengeld 260.
Tuberkulose, Heilbehandlung 163 ff.; Bekämpfung 329, 738

U.

Übergangsrenten 482.
Überwachungsvorschriften der Versicherungsanstalten (n.) 772.
Umlagen, Zuschläge (n.) 800; Stundung bei Notständen 800.
Uneheliche Kinder, Anspruch auf Waisenaussteuer 49.
Unfallanzeige (n.) 698 f.
Unfälle. Die Nervenkrankheiten nach U. 309; Begriff U. 353; U. des täglichen Lebens 451; U. im Hamburger Hafen 740.
Unfallentschädigung, Anrechnung auf die Leistungen der Krankenkasse (n.) 92; Anmeldung eines bedingten Anspruchs (a.) 495; geringfügige Verletzung als Ursache tuberkulöser Erkrankung 515; bedingte Anmeldung des Anspruchs (a.) 688; altes oder neues Recht 514, 688 f.; Erlangung von U. durch Betrug 404; Anspruch nach Ablauf der Verjährungsfrist (n.) 698; Vorschuß und vorläufige Entschädigung (n.) 726; Zurücknahme der Klage als Verzicht auf den Anspruch (a.) 754; mitwirkendes Verschulden des Verletzten (a. und n.) 755.
Unfallentschädigungsverfahren, Betreiben durch die Versicherungsanstalt (a.) 618; Feststellung des Entgelts des Versicherten (n.) 700; Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen (n.) 700; Anhörung des behandelnden Arztes (n.) 700 f. Einspruch (n.) 704; Bedeutung der Entscheidung des Gerichtshofs für Kompetenzkonflikte (a.) 754; zuständige Stelle 701; Rekurs 701 ff.
Unfallkongreß, Internationaler 329.
Unfallrente, vorläufige und Dauerrente 701 ff.; nach altem Recht festgestellte U. als Dauerrente (U.) 894; Bemessung der U. landwirtschaftlicher Arbeiter (n.) 94; Berechnung der U. nach dem Jahresarbeitsverdienst (n.) 105; U. neben Invalidenrente (n.) 103; Invalidenpension (a.) 419; U. neben Krankengeld (n.) 168; Zimmermann, Verlust eines Auges (a.) 382; Verlust der rechten Hand (a.) 680; Ansprüche der Witwe des Verletzten (a.) 541; Verfolgung des Anspruchs durch die Kk. 63; Praxis des Feststellungsverfahrens 217; verspätete Anmeldung (a.) 441; Beweis der Wahrscheinlichkeit des Unfalls (a.) 439; Vernehmung des Arztes als Sachverständiger 380; Anerkenntnis, Kosten des ärztlichen Gutachtens (n.) 756; Feststellungsklage bei Rekurs ohne Erhöhung der U. (a.) 664; Wirksamkeit der Festsetzung einer U. nach Abschluß eines Heilverfahrens (a.) 688; Betrug wegen Verschweigens der Heilung 641; Anfechtung eines schiedsrichterlichen Vergleichs (a.) 441; anderweite Feststellung der U. (n.) 144,

Digitized by Google

397; 589, 726; Rechtsmittelschutz bei Änderung der U. (Ü.) 347; Änderung einer vor dem Inkrafttreten der RVO. festgesetzten U. (Ü.) 729 ff.; Herabsetzung und Entziehung 218; Herabsetzung der U. eines Schlosserlehrlings (a.) 202; Herabsetzung in der Rekursinstanz 300; Verweigerung der Benutzung einer die Erwerbsfähigkeit erhöhenden Vorrichtung (n.) 779; höheres Einkommen aus sonstiger Beschäftigung (a.) 441; völlige Gewöhnung (a.) 418; weitere Gewöhnung (a.) 440, Kosten des Verfahrens (n.) 382, 728. Überweisung der U. an eine Versicherungsanstalt zur Deckung des Ersatzanspruchs (a.) 18; Befugnis zum Einbehalten der U. (a.) 133; Vererbung des Anspruchs (n.) 294 ff.; siehe auch Dauerrente.

Unfalltag, Krankengeld 47.

Unfalluntersuchung (n.) 699.

Unfallverhütungsvorschriften 329, 330 f., 857; Verwendung elektrischen Stromes 623.

Unfallversicherung und KV. (n.) 1; und JHV. 148; Voraussetzungen der Teilnahme von Betriebsbeamten an der UV. 688; Abonnentenversicherung 111; Übernahme privater U. durch die BG. 73 ff.; Viehhaltung als selbständiger landwirtschaftlicher Betrieb (a.) 680; befohlenes Eingreifen eines Soldaten in einen versicherten Betrieb als versicherungspflichtige Tätigkeit (a.) 255, 331, 441; Begriff Beschäftigung 107; Zustandekommen des Versicherungsverhältnisses, summarische Lohnnachweisungen (a.) 331; Berücksichtigung des Arbeitslohnes 78; Beiträge der Arbeitgeber als Entgelt (n.) 106 f.; Eintragung in das Unternehmerverzeichnis (a.) 331; zuständige Berufsgenossenschaft für Geometer 688; städtische Straßenarbeiter (a.) 800; Beitragsberechnung 646; Umfang der Ansprüche, Empfang des Lohns (a.) 681; Entschädigungsansprüche, maßgebendes Recht (Ü.) 255, 292 ff.; rückwirkende Kraft der Vorschriften der RVO. 289; Nichteinführung einer Schutzvorrichtung (a.) 325; Sondervorrichtung 689; gewerbliche Berufskrankheiten 188; Gefahrentarifwesen 646; Pflichten unfallberechtigter, sich im Auslande aufhaltender Inländer (n.) 179; Inhalt der Nachweisung über die Rechnungsergebnisse (n.) 689; Akteneinsicht (n.) 689; Zuständigkeit für Streitigkeiten (n.) 689; Verfahren, Neuerungen nach der RVO. 697, 724; Spruchverfahren (n.) 697, 731; Beschlußverfahren (n.) 697, 731 f.; weitere ärztliche Begutachtung (n.) 724; Endbescheid (n.) 725 f.; Rechtsmittelverfahren, Anrechnung des Jahresarbeitsverdienstes (u.) 779; Berufung (n.) 725 f.; Rekurs (n.) 728; besondere Arten des Verfahrens (n.) 731; Verteilung (n.) 731; Anfechtung rechtskräftiger Bescheide (n.) 731; Rechnungsergebnisse im Jahre 1911 230; Geschäftsbericht des RVA. für 1912 330; bisherige Leistungen der UV. 790; Ausführungsbestimmungen zur landwirtschaftlichen UV. 718; Handbuch der UV. 427; Kommentar zum Gesetz von Moesle-Rabeling 623; Abkommen zwischen dem Deutschen Reiche und Belgien 207, 381.

Unfallversicherungspflicht, Hilfeleistung eines Gastwirts beim Gurkenverladen 688; Obstpächter 277; frondepflichtige Arbeiter an Hochbauten der Gemeinde 441; Beamte der Hofverwaltung 441; Gäste von Wanderarbeitsstätten 441; Kutscher eines Beamten mit Dienstfuhrwerk (n.) 504; Chauffeur eines Bauunternehmers 564; kaufmännische Angestellte im technischen Betrieb (n.) 637.

Unfallzuschuß, Bemessung (n.) 24; Zwangsbeitreibung vom Arbeitgeber (a.) 72; Übergang auf den Armenverband (a.) 238 f.; Ersatzanspruch der Kk. (n) 288, 575, 600, 672; altes oder neues Recht 354; Pflicht zur Erstattung (n.) 428; Kürzung des U. bei mehrfacher KV. (n.) 432; Zuständigkeit für Streitigkeiten (Ü.) 469.

Ungarn, Reform der Arbeiterversicherungsgesetze 42.

Unlauterer Wettbewerb von Hilfskassen 136.

Unständig Beschäftigte, Begriff (n.) 624, 658; KV. (n.) 2 f.; Mitglieder einer Ersatzkasse (n.) 744; Anmeldung (n.) 29; Beiträge (n.) 28; Leistungen der Kk. (n.) 5; Wahlen zu den Kk.ausschüssen (n.) 603 f.; Putzfrauen (n.) 767; Waschfrauen (n.) 768; Verzeichnis der u. B. (n.) 793; Durchführung der KV. der u. B. in Hamburg 678, 828.

Untere Verwaltungsbehörde in Sachsen (n.) 177.

Unterhalt, freier, Versicherungspflicht 2: Gewährung vollständigen U. in einer Anstalt (n.) 802.

Unternehmer, Mitu. als versicherter Arbeiter im Betriebe des gemeinsamen Unternehmens (a.) 224; U. oder Arbeiter (a.) 331; mehrere einer BG. angehörende Betriebe, Vermögensteilung bei Trennung der Kassenzugehörigkeit (a.) 35; Schachtmeister als U. (a.) 118; Baustellenverkäufer als U. (a.) 681; Selbstversicherung, Jahresarbeitsverdienst (n.) 125.

Unterstützungsfall bei KV. 492.

Urlaub bei Arbeitsverhältnis für KV. (a.) 21.

V.

Vereine, Wahlen zu Kk.ausschüssen (n.) 601 f.

Vergiftungen, Betriebsunfälle 379.

Verhältniswahlverfahren bei Kk. (n.) 385 ff.

Verheiratete, Voraussetzungen der Ablehnung der Krankenhauspflege durch V. (a.) 193.

Verkäufer, gelegentliche Beschäftigung, AV. 591; V. beim Bahnhofsbuchhandel, AV. 591.

Verkäuferin eines Schuhmachers, Handlungsgehilfin 21; in Bäckerei AV. 591; Überfall auf eine V. als Betriebsunfall 612, 800, 851; AV., besondere Vergütung für Wäsche, Jahresarbeitsverdienst 763.

Vermögensnachweisung der Kk. (n.) 752, 793 ff.

Verordnung zur RVO., Voraussetzungen des Inkrafttretens (Ü.) 562.

Verschlimmerung einer Verletzung, Ersatzpflicht 397.

Versichertenbeisitzer bei den OVA., Wahlverfahren in Preußen (n.) 372.

Versichertenvertreter, Vergütung (n.) 525, siehe auch Kk.organe.

Versicherungsamt, Einrichtung in Bayern 129; in Baden 196; Aufsicht in Sachsen 178; Personal 177; Siegel 178; Zuziehung von Sachverständigen in Sachsen 178; dienstliches Verhältnis des V. in einem preußischen Landkreise zu den Polizei- und Gemeindebehörden des Bezirks 694; Bildung des Beschlußausschusses (n.) 195; Amtsbezeichnungen des Vorstandes 705; stellvertretender Vorsitzender in Preußen 130; Zuziehung von Beisitzern 68.

Wirkungskreis der V. 145 ff., 569; Wirksamkeit des V. im Einspruchsverfahren (n.) 837; Entscheidung von Streitigkeiten 30; Gleichwertigkeit der Kassenleistungen 52; örtliche Zuständigkeit zur Entgegennahme des Antrags auf Bewilligung einer Hinterbliebenenrente (n.) 300;

Digitized by Google

Zuständigkeit für Übertretungen (n.) 783; Vorbereitung der Sachen (n.) 809; Einholung eines ärztlichen Gutachtens (n.) 802; Gutachten, Begründung (n) 802; Erstattung der Kosten ärztlicher Gutachten (n.) 795; Ausfüllung der Formulare und Erstattung der Kosten (n) 693; Erstattung der Kosten durch die Landesversicherungsanstalten in Preußen 251; Ersatz außergerichtlicher Kosten (n.) 315; Ersatz von Auslagen des V. (n.) 689.

Versicherungsamtmann 261, 555; Unzulässigkeit der Amtsbezeichnung 705.

Versicherungsanstalt, Überweisung von Unfallrenten zur Deckung des Ersatzanspruchs der V. (a.) 18; Anwartschaftsbescheid (n.) 151; Einziehung der Beiträge durch örtliche Hebestellen (n.) 160; Heilverfahren, Ersatzanspruch gegen die Kk. (n.) 696; Angestellte, Beamteneigenschaft (n.) 810; KV.pflicht der Angestellten 1.

Versicherungsunfall, neuer, Hinzutreten der Erwerbsunfähigkeit zu einer Krankheit 843.

Versicherungsgesellschaft, rechtliche Stellung des Agenten 567.

Versicherungskarten 244, 375; mehrfache 95, 593; neue V., Aufnahmekarte 593.

Versicherungsschein 375.

Versicherungsträger 145, 148; Beziehungen zueinander und zu den anderen Verpflichteten (n.) 92; Inkrafttreten der Vorschriften der RVO. über das Verhältnis der V. zueinander 444.

Versicherungsunternehmungen, Recht der V. 719; private Genehmigung von Satzungsänderungen in Preußen 437.

Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, Gehaltsansprüche des Angestellten 336; Zuschußkassen 454; Mitglieder von V. in England, KV. 642.

Versicherungsvertrag, Anfechtung wegen Betrugs des Agenten 350.

Versicherungsverträge, private, Übernahme durch die Berufsgenossenschaften (n.) 73 ff.

Versicherungsvertreter, Beilage zu Nr. 8 (hinter S. 192); Kassenangestellte als V. (n.) 600; Verfahren bei den Wahlen in Preußen (n.) 367 ff, Beginn der Wahlen 630; Vorarbeiten 630; Amtsdauer der gegenwärtigen Vertreter (Ü.) 34, 71; 92; Verlängerung der Amtsdauer des Vertreters (Ü.) 23 f., 168, 216; Auslagen der Vertreter auf Hauptversammlungen (a.) 93; Kosten für Prüfung der Jahresrechnung und für Teilnahme an Verbandsversammlungen (a.) 144; Vergütung (n.) 525; Zuziehung 195; Teilnahme der Ersatzmänner an den Sitzungen (a.) 263; Versäumung von Sitzungen, Strafen 262; Bedeutung der Amtsniederlegung der Arbeitgebervertreter (a.) 407.

Versicherungswesen, Das 719.

Versicherungszwang, Ausdehnung 584.

Versicherungszweige, Vereinigung 145.

Verstellung 305; England 645.

Vertrauensarzt des OVA. (n.) 769, 782.

Vertrauensmänner bei AV. 243; Ortsausschüsse 545.

Vertreter, Fehlen der Vertrauenswürdigkeit (n.) 791.

Verwaltungsstreitverfahren, Erstattung von Anwaltskosten 65; Verjährungseinwand wegen Beschreitens des ordentlichen Rechtsweges 71.

Verzeichnis der Gebrauchsgegenstände bei Kk. (n.) 793.

Verzugszinsen von Krankengeld 61, 359 f.

Viehhaltung, Versicherungspflicht 24.

Volksfürsorge 522.

Volksgesundheit, Hebung durch die Arbeiterversicherung 619.

Volkskrankheiten, Bekämpfung 571.

Volksschullehrerinnen, JV. in Preußen (n.) 181, 349.

Volksversicherung, freiwillige, Ausbau 140; gewerkschaftliche V. 401; V. von Lebensversicherungsgesellschaften 525.

Volksversicherungsgesellschaft 75, 261, 522.

Volkswirtschaft, Deutsche, Entwicklungsrichtungen 718.

Volkswohlfahrt unter Kaiser Wilhelm II. 645.

Vorführer im Kinotheater, AV. 590.

Vorschüsse der Arbeitgeber für die Kk. (n.) 366.

Vorübergehende Dienstleistungen bei AV. 762; bei UV. (n.) 777; bei KV. (n.) 848.

W.

Wächter einer Wach- und Schließgesellschaft, Beschäftigungsort bei JV. (n.) 687, 832.

Wahlanfechtung als Rechtsmittel 625.

Wahlausschuß bei KV.; Beisitzer (n.) 791.

Wählerlisten bei Kk. (n.) 385 ff.

Wahlfälschung 42.

Waisenausgleich unehelicher Kinder 49; Einfluß der Waisenrente (n.) 566 f.

Waisenhäuser, Unterbringung von Rentenempfängern 13.

Waisenrente und Kinderzuschußrente (n.) 228; Ruhen der W. bei JV. (n.) 318; Inhalt der Urteilsformel (n.) 497; unterhaltspflichtige Mutter (n.) 780; bei AV. 247.

Waisenunterstützung als Unterstützung der unterhaltspflichtigen Mutter (n.) 780.

Waisenversorgung, Erweiterung 581.

Walderholungsstätten 164.

Wanderarbeiter, Statistik 402.

Wandergewerbe, KV. (Ü.) 2, 849; Beiträge (n.) 28.

Wartegeld bei Betriebseinschränkungen 574.

Wärter in Anstalten für Epileptische, AV. 591.

Wartezeit bei KV. 3, 366; Berechnung bei Erkrankung nach Arbeitsschluß (a.) 312; W. für das Krankengeld 647; Abkürzung der W. 808; W. bei JHV (n.) 175; JV.gesetz oder RVO. (Ü) 275; W. bei Hinterbliebenenrente (Ü.) 176; W. bei AV. 245 ff.; Abkürzung 246.

Waschfrauen als unständig Beschäftigte (n.) 768.

Weibliche Personen bei AV. 244; Erstattung von Beiträgen bei Tod oder Heirat 247.

Weiterversicherung bei KV., freiwillige, in derselben Mitgliederklasse (a.) 36; in einer niederen Klasse (a.) 71; in der niedrigsten Klasse (n.) 238; W. der bei der Gemeindekrankenversicherung freiwillig versicherten Personen (Ü.) 720; dauernd Erwerbsunfähige (a.) 312; Aufenthalt im Inlande (n.) 559, 828; W. eines durch Inkrafttreten der RVO. versicherungsfrei Gewordenen (Ü.) 814; Abkommen über f. W. (a.) 815; Vollziehung (Ü.) 175; Wartezeit (n.) 175; mindestens 100 Pflichtbeiträge (n.) 567, 736; W. bei AV. 243 ff., 783.

Werkmeister, KV. 2; AV. 666.

Wiederaufnahme des Verfahrens, Zuständigkeitsfragen 57; W. bei UV. (n.) 551 f., 731.

Witwe in der JHV. (a. und n.) 335, 696.

Witwenkrankenrente, Beginn (n.) 318.

Witwenrente, Festsetzung 149 ff., W. bei JV., dauernde Erwerbsunfähigkeit des Mannes (a.) 209; W. bei AV. 247 f.

Witwenversorgung, Erweiterung 581.

Digitized by Google

Witwerrente 247 f.
Wochenbeiträge, Zahl der W. im Jahre 1911 234.
Wochengeld (n.) 4; W. und Krankengeld (a.) 95, 838; Beitragsfreiheit (a.) 119, 838; Kindesmörderin (a.) 191.
Wochenhilfe (n.) 4, 84; Vergütung für Heilbehandlung (a.) 93.
Wöchnerinnenfürsorge 81; Hauspflege 425.
Wöchnerinnenunterstützung durch die Kk. 264.
Wohlfahrtseinrichtungen, Arbeiterpensionskassen als W. 400; Wert der W. als Entgelt (n.) 107.
Wohltätigkeitsanstalten, Befreiung der Arbeitslosen von der Krankenversicherungspflicht 4.
Wohnen, Aufenthalt in einer Krankenanstalt (n.) 802.
Wohnort des erkrankten Versicherten, Erfüllungsort, Wohnung (a.) 93.
Wohnungsgesetzgebung 618.
Wohnungswesen, Umfrage 738.

Z.

Zahnärzte, Zentralverein 860.
Zahnkrankheiten, ärztliche Behandlung (n.) 27, 164; Plombieren 383, 575.
Zahntechniker, KV. der Angestellten (a.) 392; Verband der Dentisten im Deutschen Reiche 860.
Zeitungen, Angestellte, UV. 592.
Zeitungsausträger, KV. (a.) 254, 392.
Zentrale für deutsches Krankenkassenwesen 858.
Zeuge, Ausbleiben wegen geschäftlicher Behinderung 655; Vernehmung von Z (n.) 775.
Ziegeleibetrieb, Betriebsunfall 134.
Zimmermann, Unfall, Verlust eines Auges (a.) 332.
Zinsen, Prozeß-Z. von einem Anspruch auf Kassenleistungen 658.
Zusatzbeiträge bei KV., Regelung nach der RVO. 311.
Zusatzversicherung, freiwillige 583.
Zuschläge auf Umlagen (n.) 800.
Zuschneider, UV. 591.
Zuschußkassen bei UV. 249 f., 764: in Preußen 445; Satzung der Z. Düsseldorf 452; Z. als Versicherungsvereine a. G. 454; Verpflichtungen der Z. bei KV. in der Übergangszeit 646.
Zuschußrenten 482 ff.
Zustellungen, Nachweis 688.
Zwangsinnung, Zugehörigkeit juristischer Personen in Sachsen 473.
Zwangsstrafen bei JHV. (n.) 772; Herabsetzung in der Beschwerdeinstanz (n.) 817.
Zweckverbände, Bildung 224.
Zweiganstalten der BG., Rechtsfähigkeit 800.

Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
Dr. J. Troschel.

XXX. Jahrgang. **1. Januar 1913.**

Redaktion:	**Nr. 1.**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die Änderungen der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung.

Vom Geheimen Oberregierungsrat **Dr. Hoffmann** in Berlin.

(Nach einem Vortrage.)

Die Reichsversicherungsordnung behandelt die Krankerversicherung im zweiten Buche. Sie tritt insoweit an die Stelle des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883 mit seinen Novellen vom 10. April 1892, vom 30. Juni 1900 und vom 25. Mai 1903 sowie des Abschnitts B des Gesetzes, betr. die Unfall- und Krankenversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen, vom 5. Mai 1886. Während, abgesehen von der Einführung der Hinterbliebenenversicherung, auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung in der Hauptsache das bestehende Recht in eine neue Form gekleidet ist, wird das Krankenversicherungsrecht einer durchgreifenden Änderung unterzogen. Die Änderungen beziehen sich auf die Erweiterung der Versicherungspflicht, auf die Änderung der Leistungen, auf die Errichtung und innere Verwaltung der Versicherungsträger und auf die Entscheidung von Streitigkeiten. Die Durchführung dieser Änderungen erfordert eine Unsumme von organisatorischen Arbeiten, deren Bewältigung an die Leistungsfähigkeit der Behörden für Jahre hinaus die größten Anforderungen stellen wird.

1. Erweiterung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen. Bei Erlaß des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883 wurde von dem Grundsatz ausgegangen, daß sich der Kreis der der Unfallversicherung unterliegenden Personen mit dem Kreise der der Krankenversicherung unterliegenden Personen decken müsse. Der Reichstag stellte damals die Beratung des Unfallversicherungsgesetzes mit der Begründung zurück, daß vor Einführung der Unfallversicherung für die Krankenversicherung der in Frage kommenden Personen gesorgt sein müsse, damit diese während der ersten 13 Wochen der Krankenfürsorge nicht entbehrten. Schon bei der Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 wurde dieser Grundsatz verlassen, indem die im Geschäftsbetriebe der Anwälte, Notare und Gerichtsvollzieher, im Geschäftsbetriebe der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten beschäftigten Personen sowie Handlungsgehilfen und -lehrlinge, soweit für diese die Rechte aus HGB. § 63 aufgehoben oder beschränkt waren, in die Versicherungspflicht einbezogen wurden. Seit Erlaß des Invalidenversicherungsgesetzes aber wurde die Erwägung immer mehr in den Vordergrund gestellt, daß alle Personen, welche der Invalidenversicherungspflicht unterworfen seien, auch dem Krankenversicherungszwang unterliegen müßten. Diesen wichtigen Schritt macht die Reichsversicherungsordnung. Immerhin deckt sich der Kreis der invaliden- und krankenversicherungspflichtigen Personen nicht ganz. Als wichtigste Unterschiede sind zu erwähnen:

a) Die Invalidenversicherung beginnt erst beim vollendeten 16. Lebensjahr, während bei der Krankenversicherung ein Mindestalter nicht die Voraussetzung bildet. Demgemäß tritt wie bisher die Krankenversicherung auch

Digitized by Google

für Personen ein, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sofern sie nicht nach den vom Bundesrat auf Grund des § 168 zu erlassenden Vorschriften versicherungsfrei sind.

b) Der Invalidenversicherungspflicht unterliegen nach Beschlüssen des Bundesrats nur Hausgewerbetreibende der Tabak- und Textilfabrikation, während dem Krankenversicherungszwange alle Hausgewerbetreibende unterliegen. Der Bundesrat kann die Invalidenversicherungspflicht auf weitere Hausgewerbetreibende ausdehnen.

c) Eine Beschäftigung, für die als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird, unterliegt der Invalidenversicherungspflicht nicht, wohl aber der Krankenversicherungspflicht. Lehrlinge unterliegen der Krankenversicherungspflicht, wenn sie ohne jedes Entgelt beschäftigt werden, der Invalidenversicherungspflicht aber nur, wenn sie das 16. Lebensjahr vollendet haben und mehr als freien Unterhalt als Entgelt erhalten.

d) Betriebsbeamte, Werkmeister und sonstige Angestellte, Handlungsgehilfen und -lehrlinge, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder, Lehrer und Erzieher sowie Schiffer unterliegen der Krankenversicherungspflicht nur, wenn ihr Gehalt 2500 M. nicht übersteigt, während die Grenze bei der Invalidenversicherung 2000 M. beträgt. Der Bundesrat kann Hausgewerbetreibende mit einem jährlichen Gesamteinkommen von mindestens 2500 M. von der Krankenversicherungspflicht befreien.

Im allgemeinen ist noch zu beachten, daß im Gegensatze zu dem Krankenversicherungsgesetze, wo zwischen dem gesetzlichen, dem ortsstatutarischen Versicherungszwang und einem Versicherungszwang auf Grund von Bundesratsbeschlüssen — bei Hausgewerbtreibenden — unterschieden wurde, die Reichsversicherungsordnung, abgesehen von der Befugnis des Bundesrats, den Wandergewerbebetrieb ohne Wandergewerbeschein der Versicherungspflicht zu unterwerfen, nur einen gesetzlichen Versicherungszwang kennt.

Die Versicherungsberechtigung ist naturgemäß entsprechend eingeschränkt und kommt eigentlich nur noch für Gewerbtreibende und andere Betriebsunternehmer in Frage, die keinen oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen.

Gegen die restlose Erweiterung des Kreises der Versicherungspflichtigen auf alle Personen, welche gegen Lohn oder Gehalt beschäftigt werden, haben bisher wesentliche Bedenken bestanden, und zwar teils aus den wirtschaftlichen Verhältnissen heraus, teils wegen der versicherungstechnischen Schwierigkeiten. Bei der Landwirtschaft wurde ein allgemeines Bedürfnis zur Ausdehnung des Versicherungszwanges wegen der Gestaltung des Arbeitsverhältnisses verneint, das in weiten Bezirken Deutschlands noch auf rein patriarchalischen Anschauungen beruht. Auch wurde wegen des Mangels an Ärzten und Krankenhäusern auf dem platten Lande namentlich in den östlichen Provinzen die Versicherung als schwer durchführbar und zu kostspielig angesehen. Da, wo diese Bedenken nicht bestehen, war die Versicherungspflicht entweder durch Ortsstatut oder durch Landesgesetz eingeführt worden. Auch für die Dienstboten wurde im Hinblick auf die Bestimmungen der Gesindeordnung und wegen der Art des Beschäftigungsverhältnisses im allgemeinen ein Bedürfnis für die obligatorische Versicherung nicht anerkannt, und es wurde für ausreichend gehalten, ihnen das Beitrittsrecht zur Gemeindekrankenversicherung einzuräumen. Dazu kam, daß ohne gleichzeitige Ausdehnung des Versicherungszwanges auf die Landwirtschaft die Versicherung der Dienstboten nicht durchführbar erschien. Übrigens waren alle Dienstboten, die zugleich, wenn auch nicht in erheblichem Maße, in versicherungspflichtigen Betrieben, also namentlich in Gewerbebetrieben beschäftigt waren, schon jetzt versicherungspflichtig. Die Versicherung der unständigen Arbeiter stieß bisher vornehmlich auf technische Schwierigkeiten. Allerdings bestand die Möglichkeit, durch Ortsstatut die Versicherungspflicht einzuführen; hiervon ist aber kaum Gebrauch gemacht worden. Wo der Versicherungszwang auf diesem Wege eingeführt worden ist, ist die Durchführung vorwiegend unter Zuhilfenahme der Hilfskassen, also ohne Melde- und Beitragspflicht der Arbeitgeber ermöglicht worden. Auch für das Wandergewerbe erschien bisher wegen des ständigen Wechsels des Beschäftigungsorts die Einführung des Versicherungszwanges nicht angängig. Das Krankenversicherungsgesetz von 1883 nahm nicht nur die Hausindustrie, sondern auch die außerhalb der Betriebsstätte

Digitized by Google

beschäftigten Arbeiter (Heimarbeiter) von dem Versicherungszwang aus. Hinsichtlich der Heimarbeiter wurde angenommen, daß die Durchführung der Versicherung schwierig sei, weil diese häufig für mehrere Arbeitgeber gleichzeitig arbeiteten, so daß es an einem Arbeitgeber fehle, der für die Erfüllung der Versicherungspflicht verantwortlich gemacht werden könnte. Für den Ausschluß der Hausindustrie war die Erwägung maßgebend, daß die Verhältnisse nach Bezirken und Industriezweigen so mannigfaltig seien, daß die Frage nach Einführung der Versicherung nur örtlich entschieden und die erforderliche Organisation nur auf spezielle den örtlichen Verhältnissen angepaßte Vorschriften hergestellt werden könne. Durch die Novelle von 1892 wurden die Heimarbeiter dem Versicherungszwange zwar unterworfen, tatsächlich aber doch nicht versichert, weil nach der Rechtsprechung der Begriff des Heimarbeiters so eng gefaßt werden mußte, daß es eigentlich nur noch Hausgewerbetreibende gab. Für die Hausindustrie wurde wiederholt der Versuch gemacht, die unzulänglichen Vorschriften des Gesetzes so auszugestalten, daß eine weitere Einführung des Versicherungszwanges erreicht würde. Die Ergänzungen des Krankenversicherungsgesetzes sowohl durch die Novelle 1892 als auch durch die Novelle vom 30. Juni 1900 erwiesen sich als undurchführbar und nicht ausreichend.

Mit der Reichsversicherungsordnung wird der bisherige vorsichtige Standpunkt der Gesetzgebung verlassen; in der allgemeinen Begründung wird jedes Zurückweichen vor gesetzgeberischen Schwierigkeiten als unsozial bezeichnet. Es heißt da wörtlich:

„Der berechtigte Wunsch, die Segnungen einer sozialen Versicherung den beteiligten Kreisen möglichst bald zu gewähren, ließ seinerzeit vor allen Schwierigkeiten Halt machen, deren man nicht sogleich Herr werden konnte. Demgemäß sind namentlich auf dem Gebiete der Krankenversicherung ganze Bevölkerungsgruppen deshalb unversichert geblieben, weil ihre eigenartigen Verhältnisse ihrer gleichmäßigen Einbeziehung in den Kreis der Versicherten zunächst widerstrebten. Auf die Dauer geht es aber nicht an, Unterschiede in dieser Hinsicht bestehen zu lassen, und zwar in der Hauptsache nur um deswillen, weil das Zuwenden einer ähnlichen Fürsorge der Gesetzestechnik und der Durchführung Hindernisse bietet. Jene Schwierigkeiten sind nach wie vor vorhanden. Sie sind nach wie vor von erheblicher Art. Allein es muß nunmehr der Versuch gemacht werden, sie zu überwinden. Der Entwurf erblickt hierin eine seiner wesentlichsten Aufgaben."

Infolgedessen sind für die Durchführung der Versicherung bei den erwähnten Berufszweigen besondere und eingehende Bestimmungen getroffen, die von den allgemeinen Regeln der Krankenversicherung abweichen.

Durch die Ausdehnung des Versicherungszwangs sind rund 5 Millionen Personen neu in die Zwangsversicherung einbezogen, so daß mit den 13 Millionen bereits versicherten Personen rund 18 Millionen Personen der Krankenversicherung unterliegen. Dazu kommt die große Zahl der Familienangehörigen, denen wenigstens freie ärztliche Behandlung gewährt wird. Man rechnet mit einer Gesamterhöhung der Kosten um 60 Mill. M. jährlich.

Die Versicherungspflicht, die Kassenzugehörigkeit und die Leistungspflicht der Kasse werden auch nach der Reichsversicherungsordnung durch die Tatsache der Beschäftigung allein begründet; es besteht jedoch eine wichtige Ausnahme hinsichtlich der unständig Beschäftigten und des Hausgewerbes. Diese Versicherten werden in ein Mitgliederverzeichnis eingetragen; ihre Mitgliedschaft bei der Kasse und damit die Leistungspflicht der Kasse beginnt erst mit der Eintragung. Zu erwähnen ist noch, daß sowohl bei unständig Beschäftigten als auch beim Hausgewerbe für die Gewährung der Regelleistungen durch die Satzung eine Wartezeit bis zu 6 Wochen eingeführt werden kann (§§ 451, 487). Im übrigen kann wie bisher eine Wartezeit nur bei freiwilliger Versicherung und für den Bezug der Mehrleistungen vorgeschrieben werden.

Das Krankenversicherungsgesetz ließ die Befreiung von der Versicherungspflicht im weitesten Umfange zu. Alle Personen, welche gegen ihren Arbeitgeber für den Fall der Erkrankung einen Rechtsanspruch auf die gesetzlichen Mindestleistungen der Gemeindekrankenversicherung (Arzt, Arznei und Krankengeld auf die Dauer von 26 Wochen) hatten, konnten auf ihren Antrag befreit werden. Von dieser Befugnis ist weitgehender Gebrauch gemacht worden, indem die Arbeitgeber eine Versicherung bei einer Privatversicherung für ihre Arbeiter ein-

Digitized by Google

gegangen sind und diese zur Stellung des Antrags auf Befreiung veranlaßt haben. Der Entwurf hatte eine entsprechende Bestimmung vorgesehen; der Reichstag aber hat diese Befugnis nur für die Landwirtschaft und die Dienstboten bestehen lassen, indem hier auf Antrag des Arbeitgebers unter bestimmten Voraussetzungen eine Befreiung in der Versicherungspflicht eintreten kann (§§ 418, 435). Die weitergehende Befreiung des Entwurfs ist deshalb abgelehnt, weil es in der Praxis als zulässig angesehen war, daß die Arbeiter zu Beiträgen für die Privatversicherung vom Arbeitgeber herangezogen wurden. Im übrigen können, wie bisher, beschränkt erwerbsfähige Personen und Personen, die bei Arbeitslosigkeit in Arbeiterkolonien oder in ähnlichen Wohltätigkeitsanstalten vorübergehend beschäftigt werden, befreit werden, Lehrlinge aber nur, wenn sie bei ihren Eltern beschäftigt werden.

Die vielfach in der Öffentlichkeit erörterte Frage ob die sog. Dienstbotenabonnementsvereine fortbestehen können, ist hiernach im Prinzip zu bejahen. Da aber z. B. die Leistungen dieser Vereine hinter den Mindestleistungen des Krankenversicherungsgesetzes und der Reichsversicherungsordnung erheblich zurückbleiben, so werden die Beiträge wesentlich erhöht werden müssen. Ihr Fortbestand ist aller Voraussicht nach aber nur gesichert, wenn ihre Beiträge hinter den Beiträgen der Krankenkassen zurückbleiben.

II. Die Leistungen der Krankenversicherung.

Von einer Erweiterung der obligatorischen Leistungen (die jetzt „Regelleistungen" genannt werden) kann insofern gesprochen werden, als die Gemeindekrankenversicherung fortgefallen ist, und alle Versicherten Anspruch auf die höheren Leistungen der Krankenkassen haben. Für die einzelnen Regelleistungen sind jetzt kurze Ausdrücke eingeführt, die gegenüber den weitschweifigen Ausdrücken des Krankenversicherungsgesetzes als wesentliche Verbesserungen bezeichnet werden müssen. So wird die Gewährung von Arzt, Arznei und Heilmitteln als „Krankenpflege" und die Gewährung von Krankenpflege und Krankengeld zusammen als „Krankenhilfe" bezeichnet. Die Unterbringung im Krankenhause heißt „Krankenhauspflege" und die Angehörigenunterstützung während der Krankenhauspflege „Hausgeld". Die Wöchnerinnenunterstützung wird „Wochengeld" genannt und unter dem Namen „Wochenhilfe" alles zusammengefaßt, was an Schwangere oder Wöchnerinnen gewährt werden muß oder darf. Die freiwilligen Leistungen an Familienangehörige heißen „Familienhilfe". Im Gegensatz zu den Regelleistungen stehen die „Mehrleistungen". Diese sind gegenüber dem Krankenversicherungsgesetz nach einigen Richtungen erweitert. So kann Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger neben der Krankenhilfe gewährt werden. Ferner ist zulässig die Gewährung von Hilfsmitteln gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, die Gewährung eines Zuschusses zu kostspieligen Heilmitteln, die Gewähr von Kur und Verpflegung im Wöchnerinnenheim oder von Hauspflege an Wöchnerinnen, die Gewährung von Stillgeld, von Hebammendiensten und ärztlicher Geburtshilfe an Wöchnerinnen und von erweiterter Fürsorge für Schwangere. Die Anträge auf obligatorische Einführung der Hebammen- und Arzthilfe für Wöchnerinnen und für Schwangere — die sog. Mutterschaftsversicherung — wurden nach langen Erörterungen von der Kommission und im Plenum wegen der daraus entstehenden Mehrkosten — es wurde eine Mehrbelastung von 350 Millionen ausgerechnet — abgelehnt. Die Entziehung des Krankengeldes bei Krankheiten, die durch Trunkfälligkeit hervorgerufen sind, ist nicht mehr zulässig. Die gesetzliche Unterstützungsdauer ist unverändert geblieben.

Nur hinsichtlich der wenigen Berufszweige, die der Krankenversicherung neu unterstellt sind, sind Abweichungen in den Leistungen entweder vorgeschrieben oder zugelassen. So kann bei der Landwirtschaft auf Antrag des Arbeitgebers der Anspruch auf die Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes wegfallen, sofern der Arbeitsvertrag auf ein Jahr geschlossen ist und wenn die Versicherten entweder für das Jahr Sachleistungen im dreihundertfachen Werte des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes oder für den Arbeitstag einen Entgelt im Werte dieses Krankengeldes beziehen, und wenn ihnen ferner ein Rechtsanspruch auf diese Leistungen für die Geltungsdauer des Arbeitsvertrags zusteht.

Sind die Leistungen geringer, so kann eine Kürzung der Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes vorgenommen werden (§§ 420,

Digitized by Google

421, 425). Personen, die eine Unfall- oder Invaliden- oder Altersrente im dreihundertfachen Betrage des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes erhalten, können durch die Satzungen der Landkrankenkassen das Krankengeld und die sonstigen Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes versagt werden. Auf dem gleichen Wege kann bestimmt werden, daß bei gering arbeitsfähigen Arbeitern der Grundlohn geringer sein soll als der Ortslohn (§ 423). Während des Winterhalbjahrs können die Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes bis auf ein Viertel des Ortslohns durch die Satzungen der Landkrankenkasse herabgesetzt werden (§ 424). Endlich können Landkrankenkassen die sog. erweiterte Krankenpflege d. h. die obligatorische Gewährung der Krankenhauspflege an arbeitsunfähig Erkrankte an Stelle der Krankenhilfe und des Krankengeldes durch die Satzung mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde einführen (§§ 426 ff). Bei den Dienstboten kann in gleicher Weise die erweiterte Krankenpflege eingeführt werden (§ 435); aber auch da, wo dies nicht geschehen ist, muß jede zuständige Krankenkasse auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten, die erweiterte Krankenpflege gewähren, wenn die Krankheit ansteckend ist, oder wenn der Dienstbote nach Art der Krankheit in der häuslichen Gemeinschaft nicht oder nur unter erheblicher Belästigung der Dienstberechtigten behandelt und verpflegt werden kann (§ 437). Das Krankengeld kann vom Dienstberechtigten auf den Lohn angerechnet werden, den er während der Krankheit weiter zu zahlen hat (§ 436).

Bei unständig Beschäftigten und beim Hausgewerbe kann auch für die Regelleistungen eine Wartezeit von höchstens 6 Wochen eingeführt werden (§§ 451, 487). Bei unständig Beschäftigten fällt das Krankengeld fort, wenn der Versicherte in den letzten 26 Wochen vor der Erkrankung für mehr als 8 Wochen seinen Beitragsteil nicht geleistet hat (§ 452). Durch die Satzung kann bestimmt werden, daß das Krankengeld und die übrigen Barleistungen der Kasse mit Ausnahme des Sterbegelds dem Hausgewerbtreibenden gekürzt oder einbehalten werden, wenn er mit seinen Beiträgen im Rückstand ist (§§ 483, 484). Im übrigen werden beim Hausgewerbe die Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegelds nach dem Betrage der dem Hausgewerbtreibenden gutgeschriebenen Auftraggeberzuschüsse berechnet. Dabei verhält sich das Krankengeld, wenn die Satzung nichts anderes bestimmt, zum gesetzlichen Krankengeld, wie der Betrag der im letzten Geschäftsjahr dem Hausgewerbtreibenden gutgeschriebenen Zuschüsse zu dem aller Beiträge, die der Hausgewerbtreibende für diese Zeit gezahlt hat (§ 482). Durch die Satzung der Landkrankenkassen kann die Gewährung der erweiterten Krankenpflege eingeführt werden (§ 487).

Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden, erhalten kein Krankengeld (§ 494).

Die Barleistungen der Krankenkassen werden im allgemeinen wie nach dem Krankenversicherungsgesetz unter Zugrundelegung des durchschnittlichen Tagelohnes (Tagesentgelts) oder des wirklichen Arbeitsverdienstes berechnet. Bei landkassenpflichtigen Personen kann die Satzung den Ortslohn zugrunde legen; beim Hausgewerbe und bei unständig Beschäftigten werden alle Barleistungen stets nach dem Ortslohn bemessen (§§ 450, 480). Bei mit landwirtschaftlichen Arbeiten Beschäftigten kann die Satzung der Landkrankenkassen mit Zustimmung des Oberversicherungsamts bestimmen, daß für nur zu einem geringen Teil Arbeitsfähige der Grundlohn niedriger als der Ortslohn festgesetzt wird (§§ 423, 450). Dem Krankenversicherungsgesetz war eine solche verschiedene Bemessung der Leistungen fremd. Es mußte für alle Mitglieder einer Krankenkasse der gleiche Grundlohn als Maßstab für die Leistungen und Beiträge bestimmt werden.

III. Die Träger der Krankenversicherung.

Die Organisation der Träger der Krankenversicherung wird durch die Reichsversicherungsordnung von Grund aus umgestaltet. Wie dringend notwendig eine solche Aenderung ist, beweist die Tatsache, daß bei rund 13 Millionen Versicherten nicht weniger als 23 188 Träger bestehen. Es waren im Jahre 1910 vorhanden 8217 Gemeindekrankenversicherungen mit 1 572 688 Versicherten, 4752 Ortskrankenkassen mit 6 722 490, 7957 Betriebskrankenkassen mit 3 282 298, 46 Baukrankenkassen mit 13 806 und 818 Innungskrankenkassen mit 290 196 Mitgliedern. Bei den 1398 Hilfskassen waren 965 359 Personen versichert. Der Vorteil der großen Krankenkassen besteht, wie die Er-

Digitized by Google

die Errichtung der Landkrankenkassen nicht maßgebend sein, weil nach § 181 Abs. 2 fahrung zeigt, vor allem darin, daß sie bei niedrigen Beiträgen große Leistungen gewähren und trotz wirtschaftlicher Krisen eine Stetigkeit in den Leistungen und Beiträgen aufweisen. Für die Versicherten haben sie die große Annehmlichkeit, daß ihre Kassenzugehörigkeit zu Zweifeln keinen Anlaß bietet und daß ein Wechsel in der Mitgliedschaft beim Wechsel der Beschäftigung nicht eintritt. Da für die Mehrleistungen in der Regel eine Wartezeit vorgesehen ist, so werden dadurch den Versicherten gleichmäßig ihren Beiträgen entsprechende Leistungen gesichert. Die schwierigen Streitigkeiten über die Kassenzugehörigkeit einzelner Betriebe hören auf.

Die Gemeindekrankenversicherung als solche fällt fort. Sie war ein Teil der Gemeindeverwaltung und bestand in allen Gemeinden ohne weiteres, wo nicht für alle versicheruugspflichtigen Personen Kassen bestanden und nicht allen Versicherungsberechtigten der Beitritt zu den Krankenkassen offenstand. Die bestehenden Gemeindekrankenversicherungen werden zum 31. Dezember 1913 geschlossen, ihr Vermögen wird aus dem Gemeindevermögen ausgeschieden und den Kassen überwiesen, denen die Mitglieder der Gemeindekrankenversicherung künftig angehören; jedoch können die Gemeinden auch vorher die Gemeindekrankenversicherung eingehen lassen und die versicherten Personen bestehenden Krankenkassen zuweisen.

Aufgegeben ist im Interesse der Beseitigung der Kassenzersplitterung der Grundsatz des Krankenversicherungsgesetzes, daß Ortskrankenkassen für Gewerbszweige oder Betriebsarten errichtet werden sollen. Neue Ortskrankenkassen dürfen nur als allgemeine Ortskrankenkassen für örtliche Bezirke errichtet werden. Neben diesen Kassen werden als neue Kassenart die Landkrankenkassen eingerichtet, die sich von den Ortskrankenkassen hauptsächlich dadurch unterscheiden, daß ihnen kraft Gesetzes gewisse Berufszweige, nämlich das Wandergewerbe, das Hausgewerbe, die Landwirtschaft und die Dienstboten angehören und daß ihre Organe und der Vorsitzende des Vorstandes von der Stadtverordnetenversammlung oder von den Kreistagen gewählt werden. In der Regel sollen im Bezirke jedes Versicherungsamts Landkrankenkassen neben den allgemeinen Ortskrankenkassen bestehen. Die Errichtung einer Landkrankenkasse kann mit Genehmigung des Oberversicherungsamts unterbleiben, wenn sie nicht mindestens 250 Mitglieder haben würde oder wenn für ihre Errichtung ein Bedürfnis nicht vorliegt. Dies wird in der Regel angenommen, wenn die krankenkassenpflichtigen Personen schon der Ortskrankenkasse angehören, ein reger Wechsel zwischen industrieller und landwirtschaftlicher Beschäftigung stattfindet und die politischen Erwägungen, die für Einrichtung von Landkrankenkassen maßgebend gewesen sind, auch für die Zukunft nicht zutreffen. Ortskrankenkassen dürfen mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde neben Landkrankenkassen fehlen, wenn nicht mindestens 250 ortskrankenkassenpflichtige Personen vorhanden sind. Soweit bis jetzt ein Überblick über die zukünftige Organisation der Krankenkassen zu gewinnen ist, werden für die Bezirke aller Versicherungsämter Ortskrankenkassen bestehen, dagegen wird in weiten Bezirken von der Errichtung von Landkrankenkassen abgesehen.

Die Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse und der Landkrankenkasse hat durch Beschluß des Gemeindeverbandes, d. h. durch den Kreistag oder durch übereinstimmende Beschlüsse der städtischen Kollegien — in der Rheinprovinz durch die Stadtverordnetenversammlung — zu erfolgen. Kommt der Gemeindeverband dieser Verpflichtung nicht nach, so ordnet das Oberversicherungsamt die Errichtung an und errichtet, wenn der Anordnung nicht in bestimmter Frist entsprochen wird, die Kasse selbst, indem es auch die Satzung errichtet.

Für die Durchführung der Versicherung ist es im wesentlichen gleichgültig, ob der Versicherte einer Landkrankenkasse oder einer allgemeinen Ortskrankenkasse angehört.

An sich wird allerdings als Regel anzusehen sein, daß die Landkrankenkassen, gleichsam als Ersatz der Gemeindekrankenversicherung, weniger leisten als die Ortskrankenkassen. Namentlich wird der Berechnung des Krankengeldes und der anderen Barleistungen der Kasse an Stelle des Grundlohns (der nach näherer Vorschrift des § 180 dem durchschnittlichen Tagesentgelt oder dem wirklichen Arbeitsverdienste bis zur Höhe von 6 M. täglich entspricht) regelmäßig der Ortslohn (§ 149) zugrunde gelegt werden (§ 181).

Dieser Gesichtspunkt allein kann aber für

Digitized by Google

gewerbliche Arbeiter, auch wenn sie Landkrankenkassen anzugehören haben, die baren Kassenleistungen immer nach dem Maßstab eines nach § 180 festgesetzten Grundlohns zu beziehen haben. Andererseits kann bei Ortskrankenkassen, denen Versicherte angehören, die gemäß § 235 landkassenpflichtig sind, stets der Ortslohn zugrunde gelegt werden (§ 181 Abs. 3). Es bestehen aber noch folgende Eigentümlichkeiten der Landkrankenkassen:

a) für Personen, die der Gewerbeordnung nicht unterliegen, wird die Dauer des Wochengeldbezuges auf 4 bis höchstens 6 Wochen festgesetzt (§ 195 Abs. 2);

b) bei landwirtschaftlichen Arbeitern kann:

die Satzung nach § 423 bestimmen, daß Versicherte unter Kürzung der Beiträge keine Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegelds erhalten, wenn sie auf Grund der Reichsversicherung eine dauernde jährliche Rente (z. B. Unfallrente) mindestens im dreihundertfachen Betrage des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes beziehen. Für Beschäftigte, die dauernd nur zu einem geringen Teile arbeitsfähig sind, kann ferner der Grundlohn niedriger als der Ortslohn festgesetzt werden;

nach § 424 kann die Satzung bestimmen, daß die Barleistungen mit Ausnahme des Sterbegeldes für das Winterhalbjahr bis auf ein Viertel des Ortslohns herabgesetzt werden;

nach § 426 kann die oberste Verwaltungsbehörde den Landkrankenkassen gestatten, durch die Satzung für arbeitsunfähig Erkrankte erweiterte Krankenpflege einzuführen, bei der nach §§ 429 ff. im allgemeinen das Krankengeld wegfällt und dafür Krankenhauspflege in einem über den sonstigen gesetzlichen Rahmen hinausgehenden Umfang eintritt;

c) für Dienstboten gelten die §§ 426 ff. wegen Gewährung der erweiterten Krankenpflege, doch hat jede Krankenkasse nach § 437, auch ohne daß erweiterte Krankenpflege durch die Satzung eingeführt ist, den Dienstboten in gewissen Fällen erweiterte Krankenpflege zu gewähren;

d) für Hausgewerbtreibende gelten die §§ 426 ff. über die Gewährung der erweiterten Krankenpflege entsprechend (§ 487).

Allgemeine Ortskrankenkassen können auch durch Ausgestaltung bestehender gemeinsamer Ortskrankenkassen ins Leben gerufen werden. Nach dem Krankenversicherungsgesetz gibt es drei Arten gemeinsamer Ortskrankenkassen, und zwar solche, welche mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten im Bezirk einer Gemeinde umfassen, solche, welche mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten für den Bezirk mehrerer Gemeinden oder eines weiteren Kommunalverbandes umfassen, und solche, welche nur einen Gewerbszweig oder nur eine Betriebsart im Bezirke mehrerer Gemeinden oder eines weiteren Kommunalverbandes umfassen.

Für die Ausgestaltung zur allgemeinen Ortskrankenkasse kommen nur die beiden ersten Kassenarten in Betracht.

Die Ausgestaltung geht in der Weise vor sich, daß die Ortskrankenkasse mit dem Antrag auf Zulassung den Antrag auf Ausgestaltung verbindet. Den Antrag auf Ausgestaltung kann jede Ortskrankenkasse, welche entweder alle nach dem Krankenversicherungsgesetz versicherungspflichtigen Personen oder nur einen großen Teil dieser versicherungspflichtigen Personen umfaßt, stellen. Bei Kassen der zuletzt bezeichneten Art bestimmt das Oberversicherungsamt die berechtigte Kasse, wobei nicht nur auf die Mitgliederzahl, sondern auch auf die Güte der Verwaltung und die Leistungsfähigkeit der Kasse Rücksicht zu nehmen ist. In allen Fällen wird das Recht auf Ausgestaltung hinfällig, wenn der Gemeindeverband oder das Oberversicherungsamt die allgemeine Ortskrankenkasse neu errichtet. Eine Bezirkserweiterung darf mit der Ausgestaltung nicht verbunden werden, wohl aber eine Verkleinerung des Bezirks. Wird eine Landkrankenkasse errichtet, so dürfen besondere Ortskrankenkassen für landkassenpflichtige Personen nicht mehr zugelassen werden, da diese nach gesetzlicher Vorschrift in die Landkrankenkasse gehören; aus gemeinsamen Ortskrankenkassen müssen diese Personen ausscheiden. Die bestehenden Ortskrankenkassen haben ein Recht auf Zulassung als besondere Ortskrankenkassen, wenn sie für Gewerbszweige oder Betriebsarten oder für Personen eines Geschlechts bestehen. Ortskrankenkassen, die nach anderen Gesichtspunkten z. B. für Gewerbszweige und Betriebsarten errichtet sind, können also nicht zugelassen werden. Es werden demnach manche Kassen, die sich bei Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes in Ortskrankenkassen umgewandelt

Digitized by Google

haben, fortfallen. Weitere Voraussetzungen für die Zulassnng sind eine Zahl von 250 Pflichtmitgliedern, die Sicherstellung dauernder Leistungsfähigkeit, die Begrenzung auf den Bezirk des Versicherungsamts, die Gleichmäßigkeit der Leistungen mit denjenigen der allgemeinen Ortskrankenkasse und die Sicherung des Bestandes und der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse.

Als weitere Träger der Krankenversicherung bestehen nach dem Krankenversicherungsgesetz Betriebskrankenkassen, Baukrankenkassen und Innungskrankenkassen. Die Baukrankenkassen fallen als besondere Kassenart fort, auf sie werden die Bestimmungen über Betriebskrankenkassen angewendet. Das Oberversicherungsamt bestimmt, ob eine bestehende Baukrankenkasse in eine Betriebskrankenkasse umgewandelt werden soll. Betriebskrankenkassen können neu errichtet und, soweit sie bestehen, zugelassen werden. Sie dürfen in beiden Fällen nur den ganzen Betrieb des Unternehmers umfassen. Voraussetzung für die Errichtung ist zunächst das Vorhandensein von 150 Mitgliedern, für die Zulassung das Vorhandensein von 100 Mitgliedern. Bei landwirtschaftlichen und Binnenschiffahrtsbetrieben genügt in beiden Fällen die Zahl von 50 Mitgliedern. Weiter dürfen Betriebskrankenkassen nur errichtet werden, wenn sie den Bestand oder die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse nicht gefährden, wobei der Verbleib von 1000 Mitgliedern die Gefährdung ausschließt, ferner wenn ihre Leistungen denen der allgemeinen Ortskrankenkasse mindestens gleichwertig sind und endlich, wenn ihre Leistungsfähigkeit dauernd sicher ist. Für die Zulassung gelten die gleichen Voraussetzungen, doch bildet die Gefährdung der allgemeinen Ortskrankenkasse keinen Grund zur Versagung der Zulassung. Eine zwangsweise Errichtung von Betriebskrankenkassen ist nach dem Krankenversicherungsgesetz bei Betrieben mit hoher Krankheitsgefahr zulässig, nach der Reichsversicherungsordnung nur bei Baubetrieben. Innungskrankenkassen, die fortan Rechtspersönlichkeit haben, können ohne Rücksicht auf die Mitgliederzahl errichtet und zugelassen werden. Für die Errichtung und die Zulassung gelten im übrigen die gleichen Voraussetzungen wie für die Errichtung und Zulassung von Betriebskrankenkassen, insbesondere darf also bei der Zulassung bestehender Innungskrankenkassen auf eine etwaige Gefährdung der allgemeinen Ortskrankenkasse keine Rücksicht genommen werden. Bei der Zulassung geht der für die Innungskrankenkasse ausgeschiedene Teil des Innungsvermögens auf die Kasse über.

Weitere Träger der Krankenversicherung sind sowohl nach dem Krankenversicherungsgesetz als auch nach der Reichsversicherungsordnung die knappschaftlichen Krankenkassen, deren Verhältnisse in der Hauptsache durch Landesgesetz geregelt und in Preußen durch das Knappschaftsgesetz vom 17. Juli 1912 (GS. S. 137) neu geordnet sind, sowie die Ersatzkassen. Hierzu gehören eingeschriebene Hilfskassen, die vor dem 1. April 1909 bereits Träger der Krankenversicherung waren und unter Zugrundelegung des an diesem Tage maßgebenden Bezirks- und Mitgliederkreises mindestens 1000 Mitglieder hatten. Landesrechtliche Hilfskassen können nicht Ersatzkassen werden. Das Verhältnis der Ersatzkassen zu den Krankenkassen ist durch die Reichsversicherungsordnung völlig verschoben. Für Mitglieder der Ersatzkassen ruhen auf ihren Antrag die eigenen Rechte und Pflichten als Mitglieder der Krankenkassen. Im übrigen hat der Arbeitgeber sie bei der Krankenkasse anzumelden und seinen Beitragsanteil einzuzahlen. Die Ersatzkassen müssen zudem mindestens die Regelleistungen der Krankenkassen gewähren. Die Zahl der hiernach in Frage kommenden Hilfskassen, die vom 1. Juni d. J. durch das Gesetz über die Aufhebung des Hilfskassengesetzes vom 20. Dezember 1911 dem Gesetz über private Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 unterstellt sind, dürfte nicht viel mehr als 100 betragen. Ihre Zulassung müssen sie bis zum 1. Juli 1914 nachsuchen. Bis dahin behalten die erteilten Bescheinigungen ihre Gültigkeit, so daß die Kassen, auch wenn sie geringere Leistungen gewähren, als nach der Reichsversicherungsordnung vorgeschrieben sind, Träger der Krankenversicherung bleiben.

Über die Zulassung der bestehenden Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen entscheidet das Oberversicherungsamt. Der Antrag auf Zulassung muß bis zum 31. Dezember 1912 gestellt sein. Bei Ortskrankenkassen muß die Generalversammlung über den Antrag beschließen. Bei Betriebskrankenkassen kann der Arbeitgeber nach Anhören der Versicherten den Antrag stellen, während bei Innungskranken-

Digitized by Google

kassen die Innung den Antrag nach Anhören des Gesellenausschusses stellen kann. Da die Musterfatzungen noch nicht erschienen sind, so muß den Kassen für die Nachbringung der Satzungen, über die die Generalversammlungen zu beschließen haben, eine Frist gewährt werden, die erst 14 Tage nach dem Erscheinen der Musterfatzungen beginnen darf. Wird der Antrag auf Zulassung nicht rechtzeitig gestellt, so wird die Kasse geschlossen. Über die Errichtung von allgemeinen Ortskrankenkassen und von Landkrankenkassen hat die Vertretung der Gemeindeverbände, also der Kreistag, zu beschließen. Bei Kassen, deren Bezirke über den Bezirk einer Gemeinde nicht hinausgehen, bedarf es eines Beschlusses der beiden städtischen Körperschaften, in Städten ohne Magistratsverfassung eines Beschlusses der Stadtverordnetenversammlung, in Landgemeinden eines Beschlusses der Gemeindeversammlung oder der Gemeindevertretung.

Das Verfahren bei Auflösung, Schließung, Vereinigung und Ausscheidung von Krankenkassen ist für alle Kassenarten in der Hauptsache übereinstimmend und im Gegensatz zum Krankenversicherungsgesetz eingehend und weitläufig geregelt. Zu erwähnen ist, daß Kassen, welche weder errichtet noch zugelassen werden dürfen, geschlossen werden.

IV. Verwaltung der Krankenkassen. Die Mißstände, die bei der Verwaltung mancher Krankenkasse zutage getreten sind, haben dazu geführt, nach Maßnahmen zu suchen, die eine objektive Führung der Kassengeschäfte gewährleisten.

1. Die Organe der Krankenkassen sind der Vorstand und der Ausschuß, der an die Stelle der Generalversammlung getreten ist. Während die Generalversammlung nach dem Krankenversicherungsgesetz nur bei Kassen mit mehr als 500 Mitgliedern aus gewählten Vertretern bestehen mußte, wird der Ausschuß stets gewählt. Er darf aus nicht mehr als 90, bei Betriebskrankenkassen aus nicht mehr als 50 Vertretern bestehen. Das Stimmverhältnis und die Zusammensetzung der Organe sind unverändert geblieben: $^2/_3$ der Stimmen behalten die Arbeitnehmer, $^1/_3$ die Arbeitgeber. Der Vorschlag des Entwurfs, die Stimmen zwischen Versicherten und Arbeitgebern zu gleichen Teilen zu teilen, wurde vom Reichstag abgelehnt, immerhin wurde zur Stärkung des Einflusses der Arbeitgeber bei der Abstimmung in einzelnen wichtigen Angelegenheiten die itio in partes vorgeschrieben. Dies ist der Fall im Vorstand bei der Wahl des Vorsitzenden der Ortskrankenkassen, bei der Anstellung, Entlassung und Kündigung von Angestellten und bei der Verwendung von Kassenmitteln zu anderen Kassenvereinigungen als Kassenverbänden und im Ausschuß bei Satzungsänderungen, soweit nicht die Leistungen in Frage stehen bei Auflösung der Kasse oder bei ihrer Vereinigung mit anderen Kassen, bei Erlaß der Dienstordnung, bei Erhöhung der Beiträge auf über $4^1/_2$ vom Hundert, außer wenn sie zur Deckung der Regelleistungen nötig ist, und bei Ortskrankenkassen für die Erhöhung der Beiträge über 6 vom Hundert zur Deckung der Regelleistungen.

Einigt sich bei der Wahl des Vorsitzenden die Mehrheit der Arbeitgeber und diejenige der Versicherten im Vorstand nicht auf eine Persönlichkeit, so wird die Wahl auf einen anderen Tag anberaumt. Kommt die Wahl auch in der zweiten Sitzung nicht zu stande, so benachrichtigt der Vorstand das Versicherungsamt. Dieses bestellt einen Vertreter, der bis zu einer gültigen Wahl die Rechte und Pflichten des Vorsitzenden auf Kosten der Kasse ausübt. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig. Ein Arbeitgeber darf nur dann als Vertreter bestellt werden, wenn die Mehrheit der Gruppe der Arbeitnehmer keinen Einspruch erhebt, ein Arbeitnehmer nur, wenn die Mehrheit der Gruppe der Arbeitgeber keinen Einspruch erhebt. (Fortsetzung folgt.)

Lohnklassensystem bei den Krankenkassen.

(Ein Vorschlag zu § 384 Abs. 3 RVO.)

Von Rendant **Hüttenbügel** in Altenessen.

Die Aenderungen, die das von der Krankenversicherung handelnde II. Buch der Reichsversicherungsordnung gegenüber der bestehenden Gesetzgebung bringt, werden es wohl kaum

Digitized by Google

einer Krankenkasse gestatten, die seitherigen die Leistungs- und Beitragspflicht regelnden Bestimmungen in die neue Satzung zu übernehmen. Auch ohne eine Erweiterung der Leistungen und einen Ausfall seitheriger Einnahmequellen wird allein der Umstand, daß für das Gros der Personen, welche die Reichsversicherungsordnung der Versicherungspflicht unterwirft, wie für die Dienstboten, landwirtschaftlichen Arbeiter, Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitglieder, auch der Sonntag ein krankengeldpflichtiger Arbeitstag ist, eine anderweitige Festsetzung der Beiträge und Leistungen bei den Krankenkassen notwendig machen, die solchen Versicherten das Krankengeld für den Sonntag nach gegenwärtigem Recht als Zugabe leisteten. Denn dadurch, daß sich der Bruchteil der Beschäftigten dieser Art nicht unbedeutend erhöhen wird, wird auch die Zahl der Krankengeldtage, mit der diese Kassen seither zu rechnen gewohnt sind, derart steigen, daß ein Auskommen mit den zeitigen Beiträgen nicht mehr erhofft werden kann, wenn für den Sonntag ein Beitrag auch weiter nicht erhoben werden soll.

Es würde nun aber offenbar unbillig sein, die hierdurch entstehende größere Belastung, wie dies jetzt fast ausnahmslos üblich ist, durch eine, sämtliche Versicherte treffende, allgemeine Erhöhung der Beiträge auszugleichen. Und richtiger hätte die Reichsversicherungsordnung deshalb an Stelle der Kannvorschrift in § 384 Abs. 3, wonach es ins Belieben der Kasse gestellt ist, ob sie diese Belastung durch einen Zuschlag zu den Beiträgen der Beschäftigten dieser Art tilgen will, eine entsprechende Mußvorschrift bringen sollen. Daß dies nicht geschehen ist, wird damit begründet (Begründung RVO. S. 223), daß sich eine zwingende Vorschrift deswegen nicht empfehle, weil die Erhebung verschiedener Beiträge der Kasse Umstände mache und sich da nicht zu verlohnen pflege, wo die Beschäftigten dieser Art nur einen geringen Bruchteil der Kassenmitglieder bilden.

Ob diese Bedenken tatsächlich zutreffen, und ob sich nicht ohne die Anwendung dieser Bestimmung, bei einem den individuellen Verhältnissen dieser Versicherten Rechnung tragenden Klassensystem und durchschnittlichen Tagesentgelt, doch ein dem siebentägigen Krankengeldbezug in der Woche entsprechend hoher wöchentlicher Beitrag festsetzen und ohne Schwierigkeit für die Kassen durchführen läßt, soll der nachstehende Vorschlag ergeben.

Ebenso wie das bestehende Recht (§ 20 Abs. 2 KVG.) läßt auch die Reichsversicherungsordnung (§ 180 Abs. 2) die Bildung eines Klassensystems nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten zu. Seither ist diese Einrichtung, entsprechend der durch das Normalstatut vorgeschlagenen Fassung, so gehandhabt worden, daß für die Klassenbildung der Verdienst maßgebend ist, den der Versicherte an einem Tage erzielt. Das hatte dann zur Folge, daß die nach dem Zeitraum verschieden, im Endergebnis aber gleich gelohnten Versicherten, je nachdem sie an sechs oder sieben Tagen in der Woche, oder an 300 oder 360 Tagen im Jahr arbeiteten, verschiedenen Klassen mit verschiedenem durchschnittlichen Tagelohn zugeteilt werden mußten; z. B. war ein Schlosser, der nur an sechs Tagen in der Woche arbeitete und 5 M. pro Tag, also im Jahr, bei 300 Arbeitstagen, 1500 M. verdiente, in einer anderen, höheren Klasse zu versichern, wie ein Verkäufer, dessen Jahresverdienst ebenfalls 1500 M. betrug, der aber bei 360 Arbeitstagen im Jahr einen fingierten Tagesverdienst von nur 4,17 M. erzielte.

Wenn gegen die Zulässigkeit dieser Handhabung, wegen der im Grunde genommen doch nur herauskonstruierten Verschiedenheit der Lohnhöhe auf den Tag, rechtliche Bedenken auch nicht geltend gemacht werden sollen, so bedarf es doch keiner näheren Begründung, daß diese Handhabung das Richtige nicht trifft. Jedenfalls wird man nicht sagen können, daß das die Krankenversicherung beherrschende Prinzip, alle Versicherten bei gleichen Verhältnissen gleich zu behandeln, hierbei gewahrt worden ist, denn danach hätten im vorliegenden Falle bei gleicher Lohnhöhe auch beide Versicherte in einer Klasse versichert werden müssen.

Wie nun nicht anders angenommen werden kann, hat dieser Grundsatz sich im vorliegenden Falle deswegen keine Geltung verschaffen können, weil man, infolge der vom Normalstatut vorgeschlagenen Fassung, allgemein von der Auffassung beherrscht gewesen sein wird, es könne dann für ein und dieselbe Lohn-

Digitized by Google

gruppe doch kein verschiedener Durchschnittslohn festgesetzt werden; offenbar hat sich die Meinung festgesetzt, daß die Abgrenzung der Lohnklassen nur nach der Verschiedenheit der Lohnhöhe im durchschnittlichen Tagelohn erfolgen könne. Der Verfasser glaubt, daß die letztere Meinung ebensowenig aus § 20 Abs. 2 KVG., als aus § 180 Abs. 2 RVO. herausgelesen werden kann.

Anders dagegen wäre es, wenn sich dem Praktiker hier nicht ohne weiteres eine ganz natürliche Lösung bieten würde, mit der Frage, ob es nach dem Wortlaut der angegebenen Paragraphen auch zulässig ist, für ein und dieselbe Lohngruppe zwei verschiedene durchschnittliche Tagelöhne auszuwerfen. Diese Frage kann unentschieden bleiben, wenn man der Lohngruppeneinteilung den Jahresverdienst zugrunde legt und dem Klassenparagraphen folgende Fassung gibt, wobei die Lohnklasse der Invalidenversicherung verwendet worden sind:

„Für die Bemessung der Höhe der Unterstützungen und Beiträge werden die Kassenmitglieder in zwölf Klassen eingeteilt, und zwar gehören Versicherte, welche regelmäßig nur an Wochentagen Lohnarbeiten zu verrichten pflegen, in die Klassen I, II, III, IV, V und VI, und Versicherte, für welche auch der Sonntag ein Arbeitstag ist, in die Klassen Ia, IIa, IIIa, IVa, Va, VIa.

Klasse I: für Mitglieder mit einem Jahresverdienste von über 1350,00 M.,
entsprechend einem Tagesverdienst von über 4,50 „
einem Wochenverdienst von über 25,96 „
einem Monatsverdienst von über 112,50 „

Klasse Ia: für Mitglieder mit einem Jahresverdienste von über 1350,00 M.,
entsprechend einem Tagesverdienst von über 3,75 „
einem Wochenverdienst von über 25,96 „
einem Monatsverdienst von über 112,50 „

Klasse II: für Mitglieder mit einem Jahresverdienst von über 1150,00—1350,00 M.,
entsprechend einem Tagesverdienst
von 3,84— 4,50 „
einem Wochenverdienst von 22,12— 25,96 „
einem Monatsverdienst von 95,84— 112,50 „

Klasse IIa: für Mitglieder mit einem Jahresverdienst von über 1150,00—1350,00 M.,
entsprechend einem Tagesverdienst
von 3,20— 3,75 „
einem Wochenverdienst von 22,12— 25,96 „
einem Monatsverdienst von 95,84— 112,50 „

Klasse III: für Mitglieder mit einem Jahresverdienst von über 850,00—1150,00 M.,
entsprechend einem Tagesverdienst
von 2,84— 3,83 „
einem Wochenverdienst von 16,35— 22,11 „
einem Monatsverdienst von 70,84— 95,83 „

Klasse IIIa: für Mitglieder mit einem Jahresverdienst von über 850,00—1150,00 M.,
entsprechend einem Tagesverdienst
von 2,36— 3,19 „
einem Wochenverdienst von 16,35— 22,11 „
einem Monatsverdienst von 70,84— 95,83 „

Klasse IV: für Mitglieder mit einem Jahresverdienst von über 550,00—850,00 M.,
entsprechend einem Tagesverdienst
von 1,84— 2,83 „
einem Wochenverdienst von 10,58— 16,34 „
einem Monatsverdienst von 45,84— 70,83 „

Klasse IVa: für Mitglieder mit einem Jahresverdienst von über 550,00—850,00 M.,
entsprechend einem Tagesverdienst
von 1,53— 2,35 „
einem Wochenverdienst von 10,58— 16,34 „
einem Monatsverdienst von 45,84— 70,83 „

Klasse V: für Mitglieder mit einem Jahresverdienst von über 350,00—550,00 M.,
entsprechend einem Tagesverdienst
von 1,17— 1,83 „
einem Wochenverdienst von 6,74— 10,57 „
einem Monatsverdienst von 29,17— 45,83 „

Klasse Va: für Mitglieder mit einem Jahresverdienst von über 350,00—550,00 M.,
entsprechend einem Tagesverdienst
von 0,97— 1,52 „
einem Wochenverdienst von 6,74— 10,57 „
einem Monatsverdienst von 29,17— 45,83 „

Klasse VI: für Mitglieder mit einem Jahresverdienst bis 350,00 M.,
entsprechend
einem Tagesverdienst von weniger als 1,17 „
einem Wochenverdienst von weniger als 6,74 „
einem Monatsverdienst von weniger als 29,17 „

Klasse VIa: für Mitglieder mit einem Jahresverdienst bis 350,00 M.,
entsprechend
einem Tagesverdienst von weniger als 0,97 „
einem Wochenverdienst von weniger als 6,74 „
einem Monatsverdienst von weniger als 29,17 „

Verfährt man nämlich so, dann kann es sicherlich keinem Zweifel unterliegen, daß die Festsetzung von zwei verschiedenen durchschnittlichen Tagelöhnen für ein und dieselbe Lohngruppe, die man, ebenso wie es auch jetzt geschieht, durch eine Konstruktion zu einer verschieden hohen Lohngruppe gemacht hat, zulässig ist.

Bei der Festsetzung des durchschnittlichen Tagelohnes würde nun, um beide Arten von Versicherten wieder völlig gleich zu behandeln, zu beachten sein, daß das Siebenfache des durchschnittlichen Tagelohnes für die Sonntags-

Digitized by Google

arbeiter gleich ist dem Sechsfachen des durchschnittlichen Tagelohnes derjenigen Versicherten, die nur an den sechs Wochentagen Arbeiten verrichten. Es würde also der durchschnittliche Tagelohn — nach neuem Rechte durchschnittliches Tagesentgelt benannt — wie folgt festgesetzt werden müssen, wobei auf entsprechende Abrundung Bedacht zu nehmen wäre:

für die	Klasse	I	auf	5,00	M.
„ „	„	Ia	„	4,29	„
„ „	„	II	„	3,90	„
„ „	„	IIa	„	3,35	„
„ „	„	III	„	3,30	„
„ „	„	IIIa	„	2,85	„
„ „	„	IV	„	2,30	„
„ „	„	IVa	„	2,00	„
„ „	„	V	„	1,40	„
„ „	„	Va	„	1,21	„
„ „	„	VI	„	0,80	„
„ „	„	VIa	„	0,71	„

Das nach diesen Sätzen zu berechnende Krankengeld würde sich demgemäß, unter Zugrundelegung des erhöhten Satzes von 60 %, abgerundet wie folgt stellen:

für die	Klasse	I	auf	3,00	M.
„ „	„	Ia	„	2,57	„
„ „	„	II	„	2,35	„
„ „	„	IIa	„	2,01	„
„ „	„	III	„	2,00	„
„ „	„	IIIa	„	1,71	„
„ „	„	IV	„	1,40	„
„ „	„	IVa	„	1,20	„
„ „	„	V	„	0,85	„
„ „	„	Va	„	0,73	„
„ „	„	VI	„	0,50	„
„ „	„	VIa	„	0,43	„

also wöchentlich, bei der ja zulässigen Abrundung

für die	Klasse	I Ia	18,— M.
„ „	„	II IIa	14,10 „
„ „	„	III IIIa	12,— „
„ „	„	IV IVa	8,40 „
„ „	„	V Va	5,10 „
„ „	„	VI VIa	3,— „

betragen.

Und an Beiträgen würden, da nach § 22 KVG. bzw. § 385 RVO. für jeden Arbeitstag ein Beitrag erhoben werden soll, bei einem Satze von 2,8 %, der ebenso wie die anderen Sätze bei der Kasse, die der Verfasser führt, in Geltung ist, erhoben werden müssen:

für die	Klasse	I Ia	wöchentlich	84 Pf.
„ „	„	II IIa	„	66 „
„ „	„	III IIIa	„	57 „
„ „	„	IV IVa	„	39 „
„ „	„	V Va	„	24 „
„ „	„	VI VIa	„	15 „

Der Vorschlag und die Vorteile dieser Regelung liegen jetzt so klar, daß sich ein weiteres Eingehen hierauf erübrigt; es ist nur merkwürdig, daß auch der Gesetzgeber keinen anderen Ausweg aus den Schwierigkeiten — die bei Anwendung des § 384 Abs. 3 RVO. ja auch in der Tat gegeben sind — finden konnte, als es den Kassen freizustellen, für die Sonntagsarbeiter die Beiträge entsprechend zu erhöhen. Man wird zugeben müssen, daß diese Bestimmung entbehrlich ist, weil sich eine dem Prinzip des Gesetzes mehr entgegenkommende Lösung gefunden hat. Irgendwelche Schwierigkeiten bietet die vorgeschlagene Regelung für die Kassen nicht, weil es sich gleich bleibt, ob der Versicherte in der Haupt- oder Nebenklasse der betreffenden Lohngruppe versichert werden muß. Erkrankt der Versicherte, dann braucht erst zu diesem Zeitpunkte festgestellt zu werden, nach welcher Klasse seine Ansprüche sich richten.

Nun noch eins in bezug auf die hiermit zusammenhängende Frage der Zuweisung der Versicherten zu den einzelnen Klassen: Wie von anderer Seite in Arb.-Versorgg. 1912 S. 578—581 schon ausgeführt worden ist, hat der Mangel an entsprechenden Bestimmungen darüber, nach welchen Grundsätzen der Verdienst zu ermitteln ist, der dem durch die Satzung festgestellten durchschnittlichen Tagelohn tunlichst nahestehen soll, zu einer ganz verschiedenen Handhabung dieser für die Kasse sowohl als auch für den Versicherten sehr wichtigen Frage geführt. Es wird deshalb nicht unerwünscht sein, auch hierüber mit folgender, unser Klassensystem zurzeit schon beherrschender, in die Satzung aufgenommener Regelung bekannt zu werden.

„Jedes Kassenmitglied wird nach seinem Jahresarbeitsverdienst (dem Barverdienste sind nach § 6 auch die vom Arbeitgeber gewährten Tantiemen und Naturalbezüge hinzuzurechnen) durch den Rendanten einer Klasse zugeteilt; wenn kein Jahresarbeitsverdienst feststeht, ist

Digitized by Google

für die Klassenzuteilung folgender dem Jahresarbeitsverdienst entsprechender Durchschnittsverdienst maßgebend:

1. für Kassenmitglieder, die in einem festen Wochen- oder Monatsverdienste stehen, ihr Verdienst für die Woche oder den Monat;
2. für Kassenmitglieder, die regelmäßig an jedem Wochentag Lohnarbeit zu verrichten pflegen und deren Verdienst nach den geleisteten Arbeitstagen und Arbeitsstunden sich bemißt, ihr für den Arbeitstag feststehender bzw. für diesen nach dem vereinbarten Stundenlohne und der regelmäßigen üblichen Arbeitsstundenzahl zu berechnender Verdienst; dabei wird für Kassenmitglieder, bei denen die tägliche Arbeitsstundenzahl durch Tarifvertrag mit Rücksicht auf die Jahreszeiten verschieden festgesetzt ist (Maurer, Bauhilfsarbeiter, Zimmerer, Dachdecker, Stukkateure, Putzer, Maler, Anstreicher, Tüncher, Weißbinder) die durchschnittliche Dauer des Arbeitstages, nach welcher der Verdienst festzustellen ist, für das ganze Jahr einheitlich auf achteinhalb Stunden festgesetzt;
3. für Kassenmitglieder, die wegen Invalidität, Alter, Krankheit oder anderer Gebrechen dauernd nur zeitweilig Lohnarbeiten verrichten können, ein Drittel des Verdienstes, den körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung hierorts durch Arbeit zu verdienen pflegen;
4. für Kassenmitglieder, die infolge der Art ihrer Entlohnung, z. B. Löhnung nach Akkordsätzen, oder aus anderen Gründen einen Lohn in wechselnder Höhe erzielen, ihr Durchschnittsarbeitsverdienst für den Arbeitstag während des letzten vollen Kalenderquartals; solange dieser sich nicht feststellen läßt, gilt der Verdienst eines anderen in gleichartiger Beschäftigung stehenden Kassenmitgliedes;
5. für Kassenmitglieder, die sich freiwillig versichern und deren Durchschnittsarbeitsverdienst sich anders nicht ermitteln läßt, der für sie maßgebende ortsübliche Tagelohn, jedoch steht es den Weiterversicherern frei, die Versicherung in ihrer bisherigen Klasse fortzusetzen, sofern sie danach in einer höheren Klasse versichern.

Versetzungen in eine höhere oder niedrigere Klasse finden statt, sobald sich ein anderer, auch für die Folgezeit zu erzielender Durchschnittsarbeitsverdienst ermitteln läßt."

Eine Besprechung dieser sich selbst erläuternden Fassung erübrigt sich wohl. Die Regelung hat u. a. den Vorzug, der Rechtsprechung und Auslegung zu folgen, den berechtigten Interessen der Versicherten und der Kassen zu entsprechen und die Zuweisung der Versicherten zu den einzelnen Klassen zu erleichtern.

Verhältnis des § 151 LUVG. (§ 1542 RVO.) zu § 850 Abs. 3 ZPO., 843, 400, 412 BGB.

Von Hofrat **Dr. Full**, Rechtsanwalt in Würzburg.

Wenn infolge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten aufgehoben oder gemindert wird oder eine Vermehrung seiner Bedürfnisse eintritt, so ist dem Verletzten nach § 843 BGB. durch Entrichtung einer Geldrente Schadensersatz zu leisten. Nach § 850 Abs. 3 ZPO. ist solche Geldrente nur insoweit der Pfändung unterworfen, als der Gesamtbetrag die Summe von 1500 M. für das Jahr übersteigt. § 400 BGB. bestimmt, daß, soweit eine Forderung der Pfändung nicht unterworfen ist, sie auch nicht abgetreten werden kann. Auf die Uebertragung einer Forderung kraft Gesetzes findet zufolge § 412 BGB. auch die Vorschrift des § 400 BGB. Anwendung. Kraft Gesetzes geht nach § 151 LUVG. (§ 1542 RVO.) der Schadensersatzanspruch, welcher der nach LUVG. entschädigungsberechtigten Person gegen Dritte zusteht, auf die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft über. Aus den §§ 412 und 400 BGB. und 850 Abs. 3 ZPO. wollte man folgern, daß auf die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft nur von dem in § 850 Abs. 3 ZPO. bestimmten Maße von 1500 M. für das Jahr ab der Geldrentenanspruch auf die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft übergehen könne.

Diese Folgerung ist aber nicht zulässig.

Der § 151 LUVG. (§ 1542 RVO.) steht zu §§ 400 und 412 BGB. im Verhältnis einer lex specialis zur lex generalis. Gerade durch den Uebergang des Entschädigungsanspruchs der nach LUVG. (RVO.) entschädigungsberechtigten Person gegen Dritte soll der Berufsgenossenschaft ein Ersatz für ihre Aufwendungen für den bei ihr entschädigungsberechtigten Verletzten werden.

Dasselbe gilt für die Anwendung des § 140 GUVG.

Ein ähnliches Verhältnis der Gewerbeordnung als lex specialis zum BGB. als lex generalis mit gleicher Wirkung sehen wir auch beim § 124 a GO. zu § 626 BGB. Es ist auch da die ältere Vorschrift der Gewerbeordnung nicht durch die neuere allgemeine

Digitized by Google

Bestimmung des § 626 BGB. aufgehoben worden.

Uebrigens betrifft, das sei schließlich bemerkt, der § 850 Abs. 3 ZPO. auch nur den Ersatzanspruch in Geldrente, während § 151 LUVG. (und § 1542 RVO.) jede Art von Entschädigungsanspruch der bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft entschädigungsberechtigten Person gegen Dritte trifft.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Inkrafttreten des Fünften Buches der Reichsversicherungsordnung.

Erlaß des **Reichskanzlers** (Reichsamt des Innern) vom 19. November 1912 — Ministerialblatt für Handel und Gewerbe S. 585 —.

Ueber die Zeit des Inkrafttretens des Fünften Buches der Reichsversicherungsordnung sind in der Fachpresse Zweifel hervorgetreten, so namentlich in einem Artikel S. 196 f. der Zeitschrift „Die Berufsgenossenschaft" Nr. 16 vom 27. August 1912. Diesseits wird, abweichend von der an bezeichneter Stelle vertretenen Auffassung, in Uebereinstimmung mit dem Reichsversicherungsamt, angenommen, daß mit dem Inkrafttreten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung am 1. Januar 1912 auch diejenigen Vorschriften des Fünften Buches, welche das Verhältnis der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu den anderen Versicherungsträgern und zu den anderen Verpflichteten regeln, ohne weiteres in Kraft getreten sind. Dies hat das Reichsversicherungsamt für die §§ 1522 ff. RVO. bereits in einer in den Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 875 Ziff. 1620 veröffentlichten Entscheidung vom 5. Juli 1912 ausgesprochen, und zwar mit der Begründung, daß die bezeichneten Paragraphen zu denjenigen Vorschriften gehören, welche zur Durchführung der Vorschriften des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung erforderlich sind und deshalb unter den Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges. z. RVO. fallen. Das Inkrafttreten dieser Vorschriften ist in vollem Umfang und nicht etwa bloß, wie es in dem erwähnten Artikel der „Berufsgenossenschaft" unterstellt wird, für die Träger der Invalidenversicherung erfolgt. Die hier geregelten Beziehungen stellen einheitliche Rechtsverhältnisse dar, die für alle Beteiligten notwendigerweise nach denselben Rechtsnormen beurteilt werden müssen und sich nicht etwa, je nachdem ein Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung oder ein anderer Versicherungsträger einen Anspruch erhebt, nach neuem oder nach altem Rechte richten können. Zur Abhilfe für Schwierigkeiten, die sich daraus ergaben, daß die Unfallversicherung und die Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung als solche, sowie gewisse gemeinsame Vorschriften der Reichsversicherungsordnung noch nicht in Kraft getreten oder durchgeführt waren, dienen die Uebergangsbestimmungen der Bekanntmachung vom 21. Dezember 1911 (Reichs-Gesetzbl. S. 1130).

In entsprechender Weise trifft dies vom 1. Januar 1913 an zu für die dann in Kraft tretende Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung. Die Kaiserliche Verordnung vom 5. Juli 1912 (Reichs-Gesetzbl. S. 439) setzt hier, gleichartig wie Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges., mit dem Dritten Buche der Reichsversicherungsordnung auch die zu seiner Durchführung erforderlichen Vorschriften in Kraft. Auch hierfür gehe ich in Uebereinstimmung mit dem Reichsversicherungsamt davon aus, daß am 1. Januar 1913 zugleich mit dem Dritten Buche der Reichsversicherungsordnung auch die Vorschriften des Fünften Buches über das Verhältnis der Unfallversicherung zu der Krankenversicherung und den anderen Verpflichteten im ganzen in Kraft treten werden. Die Uebergangsvorschriften zur Vermittelung zwischen dem alten und dem neuen Rechte sind hier durch die Bekanntmachung vom 10. Juli 1912 (Reichs-Gesetzbl. S. 441) getroffen.

Mit dem Inkrafttreten des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung schließlich wird der übrige Teil des Fünften Buches, also die Regelung des Verhältnisses der Krankenkassen zu den Armenverbänden usw., in Kraft treten.

Hiernach liegt kein Anlaß dazu vor, entsprechend einer Anregung in dem bezeichneten Artikel der „Berufsgenossenschaft" eine weitere Kaiserliche Verordnung über die Inkraftsetzung des Fünften Buches zu erlassen. Für das Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung würde es jedenfalls auch an einer gesetzlichen Unterlage für eine solche Kaiserliche Verordnung fehlen, weil schon das zur Reichsversicherungsordnung erlassene Einführungsgesetz selbst in Art. 2 Abs. 1 den Zeitpunkt des Inkrafttretens für das Vierte Buch einschließlich der zur Durchführung erforderlichen Vorschriften bestimmt und deshalb hier für eine Kaiserliche Verordnung kein Raum mehr ist.

Immerhin darf nicht außer acht gelassen werden,

Digitized by Google

daß zur Entscheidung über die im Fünften Buche der Reichsversicherungsordnung geregelten Ersatzansprüche nach altem Rechte meist nicht das Reichsversicherungsamt, sondern andere Behörden, Verwaltungsgerichte, ordentliche Gerichte usw. zuständig waren. Es ist nicht ausgeschlossen, daß bei nicht völlig geklärter Gesetzeslage diese Stellen auch in Fällen, in denen die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden nach der Reichsversicherungsordnung begründet ist, noch weiter von den Beteiligten zur Entscheidung über Ersatzansprüche auf Grund des alten Rechtes angerufen werden, ihre Zuständigkeit noch bejahen und auch sachlich noch das alte Recht anwenden. Dies könnte um so eher vorkommen, als bekanntlich auf diesem Rechtsgebiete die Rechtsprechung in den verschiedenen Bundesstaaten sowohl über die Zuständigkeits-, als über die sachlichen Fragen außerordentlich weit auseinandergegangen und widerspruchsvoll gewesen ist. Geschähe es aber, so würde für einen nicht unbeträchtlichen Zeitraum eine Rechtsverwirrung eintreten, die nicht nur unerfreulich, sondern für die Beteiligten auch mit erheblichen Nachteilen verbunden wäre.

B. Zur Krankenversicherung.

(H.) **Krankenhauseinweisung. Eigenmächtige Entfernung des Erkrankten aus dem Krankenhause; Rechtsfolgen.**

Entscheidung d. **Braunschw. Verwaltungsgerichtshofs** vom 10. Januar 1912.

Die in §§ 7 und 20 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. geordnete Befugnis der Ortskrankenkassen, an Stelle der Regelleistungen des § 6 daselbst den ledigen Versicherten, welche weder eine eigene Haushaltung haben, noch Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, unabhängig von ihrer Zustimmung Krankenhauspflege zu gewähren, wird nach der in der Wissenschaft und Rechtsprechung ständig vertretenen Auffassung nur insoweit eingeschränkt, als die Einweisung in das Krankenhaus nicht erfolgen darf, wenn die Krankenhausbehandlung nach Lage des Einzelfalles als objektiv verfehlte Maßnahme sich darstellt und besonders wenn durch sie die Heilung des Versicherten gefährdet werden würde (vgl. Hahn, 6. Aufl. Anm. 1 f zu § 7 KVG. und die dortigen Nachweisungen; Reger 21 271; 30 68, 69). Die bloße Möglichkeit eines nachteiligen Einflusses der Krankenhauspflege berechtigt den Kranken nicht zu ihrer Zurückweisung. Sind nicht zwingende Gründe für die Besorgnis einer Schädigung des Heilerfolges dargetan, so hat die Ablehnung der Krankenhauspflege durch einen Versicherten, dessen Zustimmung zur Einweisung das Gesetz nicht für nötig erachtet, den Verlust jeglichen Unterstützungsanspruches, mithin auch des Anspruches auf die im § 6 KVG. bezeichneten Leistungen, für die Dauer der Weigerung, der Einweisung nachzukommen, zur Folge (Hahn a. a. O.; Hoffmann Anm. 6 zu § 7 KVG.; Reger 14 255; 21 271; Soergels J. II S. 380 Nr. 16; III S. 258 Nr. 19; Braunschw. Z. 53 Bd. 31 Nr. 9). Bei der Gleichheit des Grundes finden diese Leitsätze auch dann Anwendung, wenn der Versicherte das Angebot der Krankenhausbehandlung angenommen hat, aber vor Beendigung des Heilverfahrens ohne Genehmigung des Kassenvorstandes oder ohne Zustimmung des Krankenhausarztes, durch den die Kasse bei der Entlassung vertreten wird (vgl. Soergel II a. a. O. Nr. 20), das Krankenhaus verläßt (Urteil des Württ. Verwaltungsgerichtshof vom 16. Februar 1910 in Soergels J. III S. 258 Nr. 20).

Hiernach bedarf es der Prüfung, ob die Entfernung M.s, dessen Zustimmung zur Einweisung nicht erforderlich war, gegen den Rat des Krankenhausarztes als berechtigt anzusehen ist. Die Frage ist zu verneinen. War es nach der Art und Schwere der Erkrankung durchaus geboten, den hier in Schlafstelle ohne geordnete Pflege verweilenden Patienten der Krankenhausbehandlung zu unterziehen, so kann auch nicht anerkannt werden, daß das Verweilen im Krankenhause dem Heilzweck nicht förderlich gewesen wäre. Nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. med. B., dem zu folgen der Verwaltungsgerichtshof keine Bedenken trägt, ist das Auftreten der Psychose bei M. nicht auf den Aufenthalt und das Festhalten im Krankenhause zurückzuführen, sondern mit größter Wahrscheinlichkeit darauf, daß dem Kranken die Schwere seines Leidens zur Erkenntnis gekommen war. Wäre sie durch die ungestillte Sehnsucht nach dem Elternhause hervorgerufen, so würde sie nach der Heimkehr schneller abgeklungen sein, als geschehen; nach dem Gutachten des Dr. med. P. vom 27. Juni 1911 ging die „eigentümliche geistige Verfassung" einer langsamen Besserung entgegen, und die geistige Verwirrung und Depression ließ nach. Ist auch durch das Verlassen des Krankenhauses dem Erkrankten kein Schaden erwachsen, so hat nach B.s Gutachten diese bei dem Zustande des Kranken sehr gefährliche, mit einem überaus gewagten Transport verknüpfte Maßnahme sicherlich keinen Nutzen für M. gestiftet: die langsame günstige Wendung in seinem Befinden würde voraussichtlich auch bei einem Verbleiben in der Anstaltsbehandlung eingetreten

Digitized by Google

sein. Wenn man aber dieser Voraussage des Sachverständigen sich anzuschließen für bedenklich hält, so steht jedenfalls so viel fest, daß das Verbleiben M.s im Krankenhause den Heilzweck nicht gefährdet haben würde. Und mit dieser Feststellung gestaltet sich die gegen die Weisung des Krankenhausarztes erfolgte Entfernung als eine eigenmächtige, unbefugte und zieht die Folge des Unterstützungsanspruchsverlustes nach sich.

Dieses Ergebnis würde nur dann geändert werden, wenn M. das Verlassen des Krankenhauses nicht zu vertreten hätte. Das Recht auf Krankenunterstützung beruht auf einem durch den öffentlich-rechtlichen Charakter der sozialen Gesetzgebung berührten privatrechtlichen Verhältnis, da es in dem Arbeitsvertrage wurzelt (Hahn Einl. 13 ff., RGZ. 74 163), und das privatrechtliche Element des Unterstützungsanspruchs fordert, daß eine etwaige Willensunfreiheit des Patienten nach §§ 104, 105 BGB. Berücksichtigung findet und Handlungen Dritter, für die ihm die Verantwortlichkeit nicht zufällt, seine Rechte aus dem Versicherungsverhältnis nicht beeinträchtigen können (vgl. Braunschw. Z. 53 Bd. 31 Nr. 9; Fuchsberger-Keidel KVG. S. 222). Daß der Vater des 19jährigen Kranken es war, der die Entfernung veranlaßt hat, würde gegen den Anspruchsberechtigten nicht verwertet werden dürfen, da M. offenbar mit der Ermächtigung seines Vaters in Arbeit getreten und ihm deshalb nach der feststehenden Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofs gemäß § 113 BGB. Geschäftsfähigkeit für solche Rechtshandlungen innewohnt, welche die Erfüllung seiner Pflichten gegenüber der Krankenkasse betreffen (Braunschw. Z. 54 Bd. 40; 56 Bd. 51; 57 Bd. 35; 58 Bd. 78). Bei der Beurteilung der Sachlage scheidet deshalb die Eigenschaft des Vaters M. als gesetzlicher Vertreter des minderjährigen Erkrankten aus; wäre dieser beim Verlassen des Krankenhauses willensunfrei gewesen, so würde ihm der auf das Eingreifen des Vaters zurückzuführende Weggang nicht zuzurechnen sein. Der Beweis dieser Willensunfreiheit liegt dem Sohne M., der den Unterstützungsanspruch erhebt, ob, und zwar ist der Nachweis erforderlich, daß M. vor seinem Transport aus dem Krankenhause in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit gewesen sei (§§ 104 Ziff. 2, 105 Abs. 2 BGB.).

(Z.) **Krankenkassenansprüche aus Anlaß einer Bruchoperation. §§ 20 Abs. 1, Ziff. 1, 26a Abs. 2 Ziff. 2 KVG.**

Urteil des **badischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 19. Juni 1912 Nr. 2347.

Als die klagende Krankenkasse dem Anspruch des Beklagten, auf ihre Kosten eine Operation zur Beseitigung seines Leistenbruchs an ihm vornehmen zu lassen, nicht sofort stattgab, unterzog sich der Beklagte, ehe über seine Beschwerde gegen die Kasse im Verfahren vor dem Bezirksamt entschieden war, während der Zeit vom 2. bis 12. Oktober 1911 in der chirurgischen Klinik des akademischen Krankenhauses zu H. der Operation und weiteren Behandlung. Mit Rücksicht auf KVG. §§ 28, 20 Abs. 1 Ziff. 1, 26a Abs. 2 Ziff. 2b, 64, Kassenstatuten §§ 15, 4, 8 Satz 3 wäre die Klägerin allerdings verpflichtet, zunächst die Kosten der ärztlichen Behandlung des Beklagten aus Anlaß der Operation zu bezahlen, sofern nachgewiesen würde, daß die Operation mit Rücksicht auf eine Erkrankung des Beklagten und nach der Erkrankungsart dringlich gewesen ist. Keiner der Aerzte, die den Zustand des Beklagten vor der Operation kannten und sich in Bezug auf die Operation äußerten, bezeichnete aber gerade mit Rücksicht auf diesen Zustand die sofortige Operation als dringend notwendig; nur unter dieser Voraussetzung konnte jedoch die Operation an dem (übrigens nicht erkrankten, sondern bis zur Entlassung aus dem Betriebe voll arbeitsfähigen) Beklagten auf Kosten der Klägerin in Frage kommen (Rechtsspruch des Verwaltungsgerichtshofs 3 Sonderabdruck Arb. Versich. 52 Nr. 109, Reger Entscheidung 24, 318/9). Denn zur Zurückhaltung des Bruchs hatte die Kasse die Bruchbandlieferung gewährt und auf die Beschwerde des Jäger erforderlichenfalls die Lieferung eines neuen Bandes angeboten (Reger Entscheidung 18, 332); der operative Weg der Beseitigung des Bruchs war jedoch ärztlicherseits nur angeraten worden, um radikal der Befürchtung und Gefahr einer möglichen lebensgefährlichen Einklemmung des Bruchs zu begegnen; dadurch war indessen die sachliche und zeitliche Dringlichkeit für einen sofortigen operativen Eingriff im vorliegenden Fall nicht festgestellt (Rechtsspruch des Verwaltungsgerichtshofs a. a. O. 78 f. Nr. 167, 168). Nur die unbedingt notwendige Krankenhilfe konnte der Beklagte von der Klägerin fordern und im Versagungsfall auf ihre Kosten anderweit sich beschaffen (vgl. Reger Entscheidung 30, 62 und die dort angeführten Entscheidungen). Außerdem war der Eintritt des Beklagten in das akademische Krankenhaus (chirurgische Klinik) zu H. nicht etwa durch eine eingetretene Brucheinklemmung veranlaßt, also auch nicht zu der, unter andern Voraussetzungen dort allein zu erlangenden Beseitigung eines das Leben gefährdenden Zustands geboten (Reger Entscheidung 27, 399). Für die berechtigte Ablehnung der Erstattung von Krankenhauskosten war noch von Bedeutung der Umstand, daß nicht der Vorstand der klagenden Kasse (KVG. § 7, Kassenstatuten § 7) den Be-

Digitized by Google

klagten in das Krankenhaus eingewiesen, also auch nicht die Kasse für die Kosten aufzukommen hatte.

Allerdings verursachte die Operation selbst einen Zustand des Beklagten, der wohl noch ärztliche Behandlung, sowie zeitweilig auch Heilmittel erforderte und seine Erwerbsfähigkeit aufhob, mit anderen Worten eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes, die dem Beklagten wenigstens an sich die Anwartschaft auf Krankengeld (KVG. §§ 20 Abs. 1 Ziff. 1, 6 Abs. 1 Ziff. 2, 64 Kassenstatuten § 4 Abs. Ziff. 2) eröffnen konnte. Die Wirksamkeit eines Anspruchs darauf schloß dagegen die Bestimmung im KVG. § 26 a Abs. 2 Ziff. 2 (Kassenstatuten § 12 Abs. 2), daß Versicherten, die sich eine Krankheit vorsätzlich zugezogen haben, für diese Krankheit das Krankengeld nicht zu gewähren ist, wieder aus. Denn der Beklagte mußte bei der einfach natürlichen Ueberlegung über die Folge der von ihm allein veranlaßten Operation sich dessen bewußt werden, daß er dadurch, also vorsätzlich, eine „Krankheit" in dem angegebenen Sinne sich zuziehe (Rechtsspruch des Verwaltungsgerichtshofs a. a. O. 164 Nr. 360 Preuß. Oberverwaltungsgericht 24, 328 f. Reger Entscheidung 24, 320 Arbeiterversorgg. 27, 97, auch Preuß. Verwaltungsblatt 31, 620).

Weder Kosten für ärztliche Behandlung noch Krankengeld hatte hiernach der Beklagte von der Klägerin nach dem Gesetz und den Statuten zu beanspruchen.

Ersatzanspruch des Armenverbandes in dem Fall, wo es sich bei der Unterbringung in eine Heilanstalt nicht um Gewähr ungärztlicher Behandlung, sondern um Schutz vor Vermögensverlusten handelt.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, vom 24. Juni 1912 — III C 29 12 —.

Die vom Ortsarmenverbande E. nach den §§ 28, 57 KVG. erhobene Klage hat zur Voraussetzung, daß der von ihm im Wege der öffentlichen Armenpflege in einem Krankenhause verpflegte, am 8. März 1911 aus der beklagten Kasse ausgeschiedene Konditor W. innerhalb eines Zeitraums von drei Wochen nach seinem Ausscheiden, d. i. im vorliegenden Falle bis zum 29. März 1911, an einer Krankheit erkrankt war, die ärztliche Behandlung oder die Anwendung von Heilmitteln notwendig machte oder Erwerbsunfähigkeit zur Folge hatte. Der Vorderrichter hat, und zwar im wesentlichen auf Grund der gutachtlichen Aeußerungen des Dr. H. festgestellt, daß die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung schon vor dem gedachten Tage bestanden habe und deshalb die Beklagte nach dem ermäßigten Klageantrage verurteilt. Die Revision rügt jedoch mit Recht, daß diese Feststellung in dem gedachten Gutachten keine genügende Grundlage finde. Im Anfange desselben erklärt der Sachverständige ausdrücklich, daß er bestimmte Angaben darüber, ob schon vor dem 30. März 1911 die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung sich ergeben hatte, nicht machen könne. Später sagt er dann allerdings folgendes:

„Was in einem solchen Falle als Zeitpunkt der Notwendigkeit ärztlicher Behandlung anzusehen ist, ist schwer zu sagen. Es kommt auf die häuslichen Verhältnisse und auf den Grad der Gemeingefährlichkeit an. Von Gemeingefährlichkeit war hier, wie gesagt keine Rede. Der Kranke war aber im Begriff, sein Vermögen auf Grund der Wahnideen zu verschleudern, und mit Rücksicht hierauf kann man wohl sagen, daß es notwendig war, ihn in seinem eigenen Interesse und im Interesse der Unterhaltungspflichtigen einer Anstalt zuzuführen. Diese Notwendigkeit lag mindestens am 29. März cr. vor."

Diese Ausführungen lassen aber erkennen, daß der Sachverständige die Unterbringung in der Anstalt nicht wegen der Notwendigkeit ärztlicher Behandlung, sondern deshalb für erforderlich erachtet hat, um W. und dessen Unterhaltungspflichtige vor Vermögensverlusten zu schützen. Deshalb läßt sich die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung auf Grund des H.schen Gutachtens, selbst in Verbindung mit dem übrigen Ergebnisse der Beweisaufnahme nicht feststellen.

Hiernach unterliegt die Vorentscheidung der Aufhebung.

Bei der eintretenden freien Beurteilung erweist sich die Sache nicht als spruchreif. Sie muß vielmehr an den Vorderrichter zurückverwiesen werden, damit dieser den von der Kasse dafür angetretenen Beweis erhebt, daß am 29. März 1911 noch nicht die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung bestanden habe. Zu den sonstigen Ausführungen der Revisionsschrift mag hier bemerkt werden, daß W. jedenfalls mit der Aufnahme in das Krankenhaus erwerbsunfähig im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes wurde und daß die im § 57 Abs. 5 daselbst vorgesehene Pauschalierung den Nachweis geringerer Aufwendungen für ärztliche Behandlung und Heilmittel nicht zuläßt (vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz, Anm. 5 a zu § 57).

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

Der Aufenthalt eines geisteskranken ausländischen Rentenberechtigten in einer ausländischen Irrenanstalt, wohin er aus dem Inland im Wege der öffentlichen Irrenfürsorge überführt ist, kann nicht als ein freiwilliger Aufenthalt im Sinne der Vor-

Digitized by Google

schrift des § 1313 Ziff. 1 RVO. angesehen werden (1635).

Marken, die rechtsgültig verwendet, demnächst aber zu Unrecht vernichtet sind, und deren Wert erstattet worden ist, sind trotz Vernichtung und Erstattung als rechtswirksam unter Umständen auch dann anzuerkennen, wenn der erstattete Betrag noch nicht wieder in die Kasse der Versicherungsanstalt zurückgeflossen ist. Die Versicherungsanstalt kann gegebenenfalls nach § 1324 RVO. aufrechnen (1636).

Zur Auslegung des § 1445 Abs. 3 RVO. bei einem Altersrentenanspruch. Wenn auch die Beiträge eines selbständigen Baugewerbetreibenden als Pflichtbeiträge angesehen werden müssen, so bewendet es doch für die drei vorgesetzlichen Jahre (Art. 65 Abs. 2 EinfGes. RVO.) bei der Tatsache, daß es sich um eine Beschäftigung handelt, wofür die Versicherungspflicht nicht eingeführt worden ist (1637).

Nach § 1696 Ziff. 1 RVO. ist die Revision auch dann ausgeschlossen, wenn statt der beantragten Invalidenrente (§ 1255 Abs. 1 RVO.) die Krankenrente) § 1255 Abs. 3 a. a. O.) gewährt worden ist (1638).

Als beitragspflichtiger Arbeitgeber des Leiters und der Mitglieder von Musikkapellen, die in Gast- und Kaffeehäusern aufspielen, ist regelmäßig der Wirt anzusehen (1639).

Die Versicherungspflicht eines Dramaturgen an einem Großherzoglichen Hoftheater verneint (1640).

Die Versicherungspflicht eines Kreisdesinfektors in Preußen bejaht (1641).

Ruhegeld im Sinne des § 1234 RVO. sind nur Bezüge, die auf Grund eigener Dienstleistung gewährt werden (1642).

Das Rückforderungsrecht des Arbeitgebers auf irrtümlich vor dem 1. Januar 1912 entrichtete Beiträge unterliegt der dreißigjährigen Verjährungsfrist des BGB. (1643).

Zur Auslegung der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 7. März 1901, betreffend die Befreiung von Ausländern von der Versicherungspflicht nach dem JVG. (Amtl. Nachr. des RVA. 1902 S. 380): Der Begriff des landwirtschaftlichen Betriebs in dieser Verordnung ist in Anlehnung an die für die Unfallversicherung geltenden Grundsätze zu bestimmen (1644).

Gebühren für ärztliche Gutachten können zu den Kosten des Heilverfahrens im Sinne des § 21 JVG. gehören (1645).

In welchem Umfang die Berufsgenossenschaft behufs Deckung eines nach § 128 Abs. 3 und § 113 Abs. 2. JVG. begründeten Ersatzanspruchs einer Versicherungsanstalt die einzelnen Unfallrentenbeträge an die Versicherungsanstalt zu überweisen hat, ist im Falle eines nach dem JVG. zu erledigenden Streites vom Reichsversicherungsamt, Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, zu entscheiden. — — Zur Deckung des Ersatzanspruchs einer Versicherungsanstalt sind ihr die rückständigen Beträge der Unfallrente in voller Höhe zu überweisen (1646).

Für die Kosten der Oberversicherungsämter, die nach § 80 Abs. 1 RVO. „sämtlich", d. h. ohne Unterschied, ob sie durch die Gerichtshaltung oder durch die einzelnen Streitsachen erwachsen, von den Bundesstaaten zu tragen sind, haben die Versicherungsträger außer den in Abs. 2 a. a. O. vorgesehenen Pauschbeträgen keinen Ersatz zu leisten (1648).

D. Zur Angestelltenversicherung.

Gewährleistung der Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten im Sinne des § 9 AVG.

Nach § 9 AVG. sind versicherungsfrei die in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Trägers der reichsgesetzlichen Arbeiter- oder Angestelltenversicherung Beschäftigten, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten im Mindestbetrage nach den Sätzen einer vom Bundesrate festzusetzenden Gehaltsklasse gewährleistet ist, wobei das Durchschnittseinkommen der betreffenden Beamtenklassen zu berücksichtigen ist.

Hierüber haben verschiedene preußische Minister, je für ihren Bereich nähere Bestimmungen getroffen.

I. Für die in Betrieben oder im Dienst eines Gemeindeverbandes oder einer Gemeinde beschäftigten Beamten oder sonstigen Angestellten ist die Entscheidung auf die Kommunalaufsichtsbehörden übertragen worden. Sie ist nach einem Erlaß des Ministers des Innern nach folgenden Gesichtspunkten zu treffen.

1. Bei den auf Lebenszeit Angestellten gilt die Anwartschaft als gewährleistet, wenn ihnen kraft Gesetzes oder auf Grund eines Ortsstatuts oder eines Beschlusses des zuständigen kommunalen Organes oder nach dem Inhalt ihrer Anstellungsurkunde oder ihres schriftlichen Dienstvertrags die im erwähnten Bundesratsbeschluß festgesetzten Mindestbeträge an Ruhegeld und Hinterbliebenenrente zustehen.

2. Bei den auf Kündigung Angestellten gilt die Anwartschaft gewährleistet, wenn außer den

Digitized by Google

unter 1 benannten Voraussetzungen noch folgende Bedingungen erfüllt sind: a) Die Kündigung muß vom Vorhandensein eines wichtigen Grundes abhängig gemacht sein. b) Falls für die Entscheidung darüber, ob ein wichtiger Grund vorliegt, der Rechtsweg ausgeschlossen ist, muß in anderer Weise dafür gesorgt sein, daß diese Entscheidung nicht lediglich dem Ermessen des zur Kündigung berufenen kommunalen Organes endgültig überlassen bleibt. Es muß vielmehr dem Betroffenen die Möglichkeit offen stehen, durch Anrufung einer außerhalb der Kommune stehenden Instanz eine Nachprüfung zu erreichen.

3. Bei den auf Probe Angestellten gilt die Anwartschaft als gewährleistet, wenn die Anstellung auf Grund oder nach den Grundsätzen des § 10 des Kommunalbeamtengesetzes und für eine bestimmte die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit erfüllende Stelle (vgl. zu 1 und 2) erfolgt ist. — Auf Lehrpersonen an kommunalen Unterrichtsanstalten erstreckt sich diese Verfügung nicht.

II. In einem Erlaß des Landwirtschaftsministers vom 14. November 1912 heißt es, daß bei der Prüfung der Gewährleistung im allgemeinen die Grundsätze maßgebend sein sollen, die in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts zu den entsprechenden Vorschriften der Invalidenversicherung niedergelegt sind. (Vgl. Nr. 26 der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912.)

Sofern dem Arbeitgeber das Recht zusteht, diese Anwartschaften durch Kündigungen zu beseitigen, sollen sie als gewährleistet nur dann angesehen werden können, wenn durch die Anstellungsbedingungen die Ausübung des Kündigungsrechts an das Vorhandensein eines wichtigen Grundes im Sinne des § 626 BGB. gebunden und dem von der Kündigung Betroffenen das Recht gegeben ist, darüber, ob ein solcher wichtiger Grund vorliegt, die Entscheidung einer von der Anstellungsbehörde unabhängigen Stelle (Gericht, Schiedsgericht, Aufsichtsbehörde) anzurufen.

Der ordentliche Rechtsweg würde dem Entlassenen in jedem Falle offen stehen, wenn er nicht ausdrücklich ausgeschlossen ist.

Die Befreiung von der Versicherungspflicht tritt in den Fällen der §§ 8 und 10 AVG. mit dem Gesetz in Kraft, wenn den Anforderungen des § 9 Abs. 1 genügt ist, im übrigen sobald diese Voraussetzung erfüllt ist. In den Fällen des § 14 ist der Eintritt der Versicherungsfreiheit auch von der Beschlußfassung des Bundesrats abhängig. Die Entscheidung nach § 9 Abs. 3 bildet keine Voraussetzung der Versicherungsfreiheit. Sie stellt nur den bestehenden Rechtszustand fest.

III. Ein Erlaß des Justizministers vom 9. Dezember 1912 bestimmt, daß die Anwartschaft allen im Justizdienste Beschäftigten gewährleistet ist, denen Anwartschaft auf Pension und Hinterbliebenenbezüge nach den landesgesetzlichen Vorschriften zusteht.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Vom Leipziger Aerzteverband.

Auf der 12. Hauptversammlung des „Verbandes der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen" (Leipzig, 23. und 24. November) spielte nach einem in der „Sozialen Praxis" enthaltenen Berichte die Stellungnahme zur Krankenkassenorganisation in der Reichsversicherungsordnung die Hauptrolle. Wie der zweite Vorsitzende Dr. Hartmann (Leipzig) ausführte, gilt es, das standespolitische Testament des verstorbenen Führers des Deutschen Aerztebundes Geheimrat Löbker (Bochum) zu vollstrecken.

Es sei erforderlich, von nun an lediglich auf dem Wege der Selbsthilfe die ärztlichen Forderungen zur Anerkennung zu bringen, nachdem die Reichsversicherungsordnung jede Hoffnung auf Hilfe durch den Gesetzgeber zerstört habe. Die Antworten, welche die vereinigten Kassenverbände auf die ärztlichen Forderungen in der Oeffentlichkeit gegeben hätten und die auf nichts anderes abzielten, als die ärztliche Organisation lahmzulegen, ließen die Aussichten auf Frieden nicht günstig erscheinen. Doch sei der Aerzteverband gern bereit, der vom Reichsamt des Innern ergangenen Einladung zur Verhandlung mit den Kassenverbänden zu folgen. Dauernder Friede könne aber nur eintreten, wenn die Kassen nicht mehr allein das Aerztesystem bestimmen wollten, sondern sich bei Meinungsverschiedenheiten der Entscheidung einer unparteiischen Instanz fügten. Das kommende Jahr würde die Entscheidung bringen, ob es endlich gelingen wird, die ärztlichen Forderungen durchzusetzen. Die Erhaltung eines freien und unabhängigen Aerztestandes diene sowohl dem Interesse der Kranken, wie dem Wohle des Vaterlandes.

Zu den hier erwähnten Verhandlungen sind eingeladen auf seiten der Aerztevertreter: Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen; Deutscher Aerztevereinsbund, Bochum; Reichsverband deutscher Aerzte, Bochum; Verein der Oberschlesischen Knappschaftsärzte, Beuthen; Verband der Knappschaftsärzte im Oberbergamtsbezirke Dortmund, Bochum; Verband der Saarbrücker Knappschaftsärzte, Saarbrücken; Verband deutscher Bahnärzte, Berlin; Aerztekammer-Ausschuß, Berlin. Auf seiten der Kassenvertreter: Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, Dresden; Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, Essen (Ruhr); Verband deutscher Innungskrankenkassen; Allgemeiner deutscher Knappschaftsverband; Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen, Berlin.

Schon diese von „unverständlichen Prinzipien" geleitete Auswahl der verhandelnden Parteien, die Nichtberücksichtigung größerer Vereinigungen und das Heranziehen kleiner Verbände, „deren sämtliche Mitglieder in einem einzigen Auto zur Sitzung fahren können", hat die Leipziger verstimmt. Sie vertreten den Standpunkt, daß Abmachungen nur mit solchen Organisationen wirksam

Digitized by Google

getroffen werden können, die überall in Deutschland über eine größere Anzahl von Mitgliedern verfügen. Ein monopolistischer Zug scheint also auch in der ärztlichen Gewerkschaftsbewegung nicht zu fehlen. Der amtliche Entwurf für die Vereinbarungen zwischen Aerzten mit den Krankenkassen fand wenig Beifall.

Der wichtigste Streitpunkt, die grundsätzliche Stellungnahme der vertragschließenden Teile zur Frage der organisierten freien Aerztewahl oder des freien Rechts der Krankenkassen zum Abschluß von Verträgen mit dazu bereiten Aerzten, dürfe nicht berührt werden. Nur über die Dauer der abzuschließenden Verträge und der Kündigungsfrist und über Organisation und Kompetenz von Schiedsgerichten solle man Beschluß fassen. Immerhin gab man die Hoffnung nicht auf, daß vielleicht aus der gemeinsamen Aussprache Mitte Dezember etwas mehr herauskomme, als dem Reichsamt des Innern erstrebenswert erscheine.

Weiter beschäftigte sich die Hauptversammlung mit der Angestelltenversicherung.

Der Berichterstatter Sanitätsrat Dr. Mugdan-Berlin ging hauptsächlich auf die Ausschließung der praktischen Aerzte ein, die das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt durch eine Bekanntmachung über die Durchführung des Gesetzes empfohlen hat. Die ausschließliche Heranziehung beamteter Aerzte hielt er für verfehlt, sie bedeute eine schwere Schädigung der Versicherten und sei nicht geeignet, das Gesetz volkstümlich zu machen. Es wurde beschlossen, darüber eine eingehende Denkschrift an die Reichsversicherungsanstalt zu schicken, sobald die Wahl der nichtbeamteten Mitglieder des Direktoriums erfolgt ist.

Aus den sonstigen Berichten auf der Hauptversammlung geht hervor, daß die Zahl der Mitglieder des Verbandes auf 24845 angewachsen ist (etwa $^3/_4$ aller organisierten Aerzte).

Es bestehen 12 Landes- und Provinzialverbände mit 129 Sektionen, 20 Gruppen in Großstädten, 17 Assistenten- und 12 Universitätsgruppen mit insgesamt 1279 Vertrauens- und Obmännern. Mit den über ganz Deutschland verzweigten kaufmännischen Hilfskassen und mit den größten Reedereien sind Tarifverträge abgeschlossen worden. Während der 12 Jahre seines Bestehens hat der Verband in 1688 Kämpfe zwischen Aerzten und Krankenkassen eingegriffen, von denen 955 zugunsten der Aerzte entschieden wurden und nur 16 vorläufig zugunsten der Krankenkassen. Im letzten Jahre waren „nur" 66 neue Kämpfe zu verzeichnen, meist in Orten unter 10000 Einwohnern, öfter durch Vertragsbruch der Kassen hervorgerufen.

Mit den Unterbeamten-Krankenkassen der Reichspostverwaltung wird gegenwärtig noch verhandelt (vgl. Arb.-Verf. 1912 S. 830); ein Gesuch der mittleren Postbeamten — Abschluß eines Tarifvertrags — soll abgelehnt werden. Für den Fall des Scheiterns der Vereinbarungen mit dem Betriebskassenverband und dem Hauptverband der Ortskrankenkassen sind durch freiwillige Beiträge schon nahezu eine Million Mark als Widerstandsfonds angesammelt worden. Trotzdem will der Verband keineswegs als Kampforganisation angesehen werden, betont vielmehr, der Schwerpunkt seiner Tätigkeit liege in der Stellenvermittlung. Nachdem die „gewerbsmäßigen Stellenvermittler" mehr und mehr zurückgedrängt worden seien, träten als neue Gegner die katholischen Studentenverbindungen auf, die zum Medizinstudium auffordern, weil trotz der Ueberfüllung des Berufs Mangel an katholischen Landärzten sei. Angesichts der Einkommensstatistiken der Aerzte und der außerordentlich hohen Zahl der Medizinstudierenden — im vorigen Semester zählte man 13400 — ist die Gegenbewegung der Leipziger Gewerkschaft begreiflich."

An diese Mitteilungen und Bemerkungen der „Sozialen Praxis" schließen wir an, was die „Deutsche Medizinische Presse" über das Verhalten des Leipziger Verbandes gegenüber der geplanten Einigungskonferenz im Reichsamt des Innern bemerkt: „Leipzig dekretiert einfach, wen es zugezogen wünscht, wen nicht. Der Bahnärzteverband sei statutengemäß zur Behandlung wirtschaftlicher Fragen nicht berechtigt. Der Reichsverband wird von Herrn Hartmann nicht als eine Aerztevertretung angesehen, mit der man sich an einen Konferenztisch setzen könne! Herr Hartmann geht aber in seinem Selbstbewußtsein noch weiter, er schreibt auch gleich das Thema vor, das er in der Konferenz behandelt wissen will. Er sagt: ‚ich halte es für zwecklos, tagelang wieder über nebensächliche Dinge, wie Schiedsgericht und Kündigungsfrist zu reden, die Elementarforderung der Aerzteschaft aber, die Festlegung der organisierten freien Arztwahl als der ‚Norm kassenärztlichen Dienstes, von der alle Anstellungssysteme nur örtliche Ausnahmen zu bilden haben, von vornherein unter den Konferenztisch fallen zu lassen' Das ist derselbe Herr Hartmann, der auf dem Danziger Aerztetage, nachdem es feststand, daß die gesetzliche Einführung der freien Arztwahl nicht stattfinde, seine Freude aussprach, daß dieser Streitpunkt nun endgiltig aus der Aerzteschaft verschwinden werde. — Es darf wohl als ausgeschlossen gelten, daß Herr H., nachdem gesetzlich die Einführung der freien Arztwahl abgelehnt ist, gegen die Regierung, die Kassenvertreter und einen Teil der anwesenden Aerzte seine diesbezüglichen Forderungen in der Konferenz durchsetzen werde. Es ist ja bewiesen, daß sich auch unter Ausschaltung der Frage der freien Arztwahl auf friedliche Weise Verhandlungen zwischen Aerzten und Kassen anbahnen lassen, man muß nur wollen und nicht als einziges Ziel die Ausbreitung und Festigung der Leipziger Organisation im Auge haben." —

Inzwischen hat sich der Staatssekretär in einem Schreiben an den Vorstand des Leipziger Verbandes mit aller wünschenswerten Deutlichkeit das Recht gewahrt, selbst zu bestimmen, wen er an den Verhandlungen beteiligen will. Die Verhandlungen selbst aber müßten infolge des Verhaltens des Verbandes vertagt werden. Aufgeschoben oder aufgehoben?

(Kl.) Obligatorische Arbeitslosenversicherung im Kanton Neuenburg.

Alle seitherigen praktischen Versuche auf dem Gebiete der Arbeitslosenversicherung beruhen auf dem Prinzip des freiwilligen Beitritts. Jetzt soll im Kanton Neuenburg in der Schweiz eine obligatorische Arbeitslosenversicherung eingeführt werden. Allerdings soll sie sich nur auf die Arbeiter in der Uhrenindustrie und Feinmechanik erstrecken, wobei jedoch zu bemerken ist, daß diese ca. 12000 zählen und einen großen Teil der gesamten 41000 Arbeiter und Angestellten der Industrie und Landwirtschaft des Kantons ausmachen. Nach dem dem Kantonsrat vorgelegten Gesetzentwurf sollen versichert werden Arbeiter und Arbeiterinnen im Alter von 18 bis 65 Jahren und insoweit ihr Jahresverdienst 4000 Fr. nicht übersteigt. Bemerkenswert ist der zweijährige Aufenthalt von Ausländern im Kanton Neuenburg, ehe sie der Arbeitslosenversicherung beitreten dürfen. Eigenartig erscheint auch der große 27gliedrige Verwaltungsrat der Kasse, wovon 9 Mitglieder durch die Regierung und je 9 durch die Arbeiter- und Unternehmerorganisationen gewählt werden sollen. Finanziert wird die Kasse durch Beiträge der Arbeiter von 1 Fr. und der Arbeiterinnen von 70 Cents monatlich und durch Beiträge der Unternehmer und des Staates in gleicher Höhe. Die Arbeiterbeiträge sollen die Unternehmer vom Lohn abziehen und an die Kasse abliefern. Die tägliche Unterstützung beträgt 2 Fr. für ledige, 2,50 für verheiratete

Digitized by Google

Arbeiter und 1,50 Fr. bzw. 2 Fr. für die Arbeiterinnen, außerdem 25 Cents für jedes Kind unter 17 Jahren. Der Verwaltungsrat kann diese Unterstützungssätze reduzieren oder die Beiträge erhöhen. Mit der Vollendung des 65. Lebensjahres können die Versicherten aus der Kasse austreten und wenn sie 120 Monatsbeiträge geleistet haben, die Rückbezahlung des über die erhaltene Unterstützung hinaus geleisteten Beitrages verlangen. In jedem der 6 Bezirke wird ein Bureau mit Arbeitsnachweis für die Arbeitslosenversicherung errichtet. Das Gesetz soll zunächst auf 10 Jahre eingeführt werden. Es stellt jedenfalls einen sehr interessanten Versuch dar.

Wahlbekanntmachung für die Körperschaftswahlen der Angestelltenversicherung.

Der Deutsche Reichsanzeiger vom 14. Dezember enthält die Bekanntmachung, wodurch der Präsident des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte als vom Reichskanzler bestellter Wahlleiter die Vertrauensmänner der Versicherung auffordert, Bewerber für die Wahlen der Mitglieder des Verwaltungsrats sowie der Beisitzer des Rentenausschusses, des Schieds- und des Oberschiedsgerichts aufzustellen. Gewählt wird mittels Vorschlagslisten nach den Grundsätzen der Verhältniswahl. Die Frist zur Einreichung der Vorschlagslisten läuft am 25. Januar ab; die auf die Listen abgegebenen Stimmzettel müssen dann spätestens am 25. Februar in den Besitz des Wahlleiters gelangen.

(Kl.) Herabsetzung der Altersgrenze für den Bezug der Altersrente.

Nach Art. 84 Einf.Ges. zur Reichsversicherungsordnung hat im Jahre 1915 der Bundesrat dem Reichstag die gesetzlichen Vorschriften über die Altersrente zur erneuten Beschlußfassung vorzulegen. Im Mai 1912 hat im Reichsamt des Innern eine Konferenz, bestehend aus Sachverständigen, Vertretern der Bundesregierungen und Vorsitzenden der Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften, stattgefunden, in der eine Kommission aus fünf Mitgliedern gewählt wurde, die der Reichsregierung die erforderlichen genauen statistischen Unterlagen beschaffen soll.

Am 14. und 15. Oktober 1912 tagte die Kommission in den Räumen der Landesversicherungsanstalt Kgr. Sachsen in Dresden. An der Sitzung nahmen als Kommissare Geh. Oberregierungsrat Dr. Beckmann-Berlin, Oberregierungsrat Dr. Besser-Dresden, die Regierungsräte Dr. Aurin und Pohl-Berlin und der Mathematiker der Landesversicherungsanstalt Schlesien, Mitglied des preuß. Abgeordnetenhauses, Dr. Wagner, teil.

Nach Zeitungsberichten fand bei der Landesversicherungsanstalt Sachsen eine Probezählung von Quittungskarten statt. Die Versicherungsanstalt Sachsen hat sämtliche Quittungskarten nach den Geburtsdaten der Versicherten geordnet. Durch die Probeauszählung sollte ein Verfahren gefunden werden, wie bei sämtlichen Versicherungsanstalten eine Zählung der Versicherten in den hohen Altersstufen vorgenommen werden kann. Die Konferenz formulierte auch bestimmte Vorschläge, die der Regierung unterbreitet werden sollen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber der Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Fortdauer des Arbeitsverhältnisses bei Urlaub; Sterbegeld aus § 28 Krankenversicherungsgesetz.

1. Nach Remscheid. Antwort: Der von Ihnen in Aussicht genommene Weg, der Witwe zu helfen, ist nicht nur zulässig, sondern gesetzlich geboten. Aus Ihren eigenen Angaben ergibt sich, daß der Arbeiter am 11. Oktober nicht entlassen, sondern auf vier Wochen beurlaubt worden ist. Das Arbeitsverhältnis bestand also fort, wie sich auch aus dem Briefe des Arbeiters vom 18. November ergibt, worin er mitteilt, daß er noch nicht zurückkehren könne und deshalb um seine Entlassung bitte. Wenn diese hierauf erfolgt ist, so kann sie doch höchstens auf den Zeitpunkt des Urlaubsablaufs, das ist auf den 7. November, zurückwirken. Da der Arbeiter dann am 24. November bei fortdauernder Erwerbslosigkeit verstorben ist, steht der Witwe das Sterbegeld nach Gesetz und Statut zu (§ 28 KVG.; § 16 des Statuts). Wenn die Angaben der Witwe richtig sind, müßte man sogar annehmen, daß ihr Mann noch als Mitglied erkrankt und an derselben Krankheit verstorben ist, so daß der Anspruch schon aus § 20 Abs. 3 KVG. (§ 15 Abs. 2 des Statuts) begründet ist.

Schuhmacher als Kaufmann; seine Verkäuferin als Handlungsgehilfin.

2. Nach Detmold. Antwort: Ein Schuhmacher, der einen Laden unterhält, in welchem er angekaufte Schuhwaren weiter veräußert, gilt nach § 1 Abs. 2 Ziff. 1 HGB. als Kaufmann, auch wenn er nicht im Handelsregister eingetragen ist. Die dort angestellte Verkäuferin ist Handlungsgehilfin im Sinne des § 59 HGB. und hat daher, im Falle der Dienstbehinderung durch unverschuldete Krankheit, Anspruch auf Gehalt bis zur Dauer von 6 Wochen gemäß § 63 HGB.

Inkrafttreten der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Beziehungen zwischen Kranken- und Unfallversicherung.

3. Nach Remscheid. Antwort: Nach Art. 3 der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1911 treten am 1. Januar 1913 außer den Vorschriften des 3. Buches der Reichsversicherungsordnung allerdings nur noch „die zu ihrer Durchführung erforderlichen", keineswegs alle anderen, mit der Unfallversicherung irgendwie zusammenhängenden Vorschriften in Kraft. Indessen sind doch die eigentlichen Durchführungsvorschriften nach Art. 1 Einf.Ges. z. RVO. schon sofort (mit der Verkündung des Gesetzes) in Kraft getreten. Art. 3 der Verordnung muß daher einen weiteren Sinn haben, nämlich den, daß auch die das 3. Buch ergänzenden Vorschriften der anderen Bücher, insbesondere des 1., 5. und 6. Buches der Reichsversicherungsordnung am 1. Januar in Kraft treten (vgl. zum entsprechenden Art. 2 Einf.Ges.: Rosin in Arb.-Versorgg. 1911, S. 601). Diese Auffassung wird auch unterstützt durch die Verbindung des Art. 3 der Verordnung mit Art. 5 Einf.Ges., wonach am 1. Januar 1913 „die Reichsversicherungsordnung", also auch die Vorschriften der anderen Bücher, an die Stelle der „entsprechenden" Vorschriften der Unfallversicherungsgesetze tritt. Den §§ 25 ff. GUVG. entsprechen aber die §§ 1501 ff. RVO. Mithin beanspruchen diese letzteren schon vom 1. Januar

Digitized by Google

1913 ab, nicht erst vom 1. Januar 1914 ab Geltung an Stelle der außer Kraft tretenden §§ 25 ff. GUVG. Vgl. übrigens auch Weber in Arb.-Versorgg. 1912, S. 387 ff., der davon ausgeht, daß diese Auffassung in Theorie und Praxis herrscht.

Zulassung besonderer Ortskrankenkassen; Bedeutung des preuß. Erlasses vom 4. November 1912.

4. Nach Andernach. Antwort: Aus verschiedenen Zuschriften entnehmen wir, daß man die Vorschrift in § 240 Ziff. 2 RVO. in der preußischen Verwaltungspraxis recht scharf zu handhaben gedenkt, um eine weitgehende Zusammenfassung des Kassenwesens zu ermöglichen. Die allgemeine Ortskrankenkasse gilt zwar immer dann als gefährdet, wenn ihr bei Zulassung besonderer Ortskrankenkassen nicht mindestens 250 Mitglieder verbleiben würden (§ 242), aber die Gefährdung kann auch bei einer größeren verbleibenden Mitgliederzahl aus anderen Gründen angenommen werden. Die Behörden haben in dieser Hinsicht ein freies pflichtmäßiges Ermessen walten lassen (vgl. Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anmerkung 3 zu § 240, S. 335, 336). Es ist daher an sich nicht unstatthaft, zu fordern, daß der allgemeinen Ortskrankenkasse mindestens 1000 Personen verbleiben müssen, wie der preußische Min. Erl. vom 4. November 1912 als Regel aufstellt (Arb.-Versorgg. 1912, S. 817); doch darf dies nicht als bindende Norm, sondern nur dahin verstanden werden, daß der Regel nach eine allgemeine Ortskrankenkasse mit einem geringeren Mitgliederbestande nicht als existenzfähig angesehen werden soll, wenn nicht besondere Umstände eine andere Beurteilung nahe legen. Danach kann es wohl sein, daß in einem Bezirk alle besonderen Ortskrankenkassen mit Nichtzulassung bedroht sind. Sie müssen die Entscheidung des Oberversicherungsamts abwarten und ev. beim Handelsminister Beschwerde erheben (Art. 20 Einf.Ges.) — was freilich nicht sehr erfolgversprechend erscheint, wenn die vorläufige Eröffnung des Landrats auf einer Weisung des Ministers beruht.

Erstattungsanspruch des Armenverbandes, der einem Angehörigen des Kassenmitgliedes Heilanstaltspflege gewährt hat.

5. Nach Ronsdorf. Antwort: Die Praxis der Kasse, dem Armenverband im Falle der Unterstützung von Angehörigen der Kassenmitglieder feste Sätze als Vergütung der gewährten ärztlichen Behandlung zu gewähren (50 Pf. für eine Ehefrau und 25 Pf. für ein Kind), entbehrt jeder gesetzlichen Grundlage. In Fällen dieser Art ist der § 57 Abs. 5 KVG. nicht anwendbar: es ist der wirkliche Aufwand zu ersetzen (preußisches Oberverwaltungsgericht in Arb.-Versorgg. 1910 S. 550), und dieser kann vom Armenverbande, der Heilanstaltspflege gewährt hat, in Höhe des nach einer Durchschnittsberechnung auf die Kosten der ärztlichen Behandlung entfallenden Betrages beansprucht werden (preußisches Oberverwaltungsgericht in Arb.-Versorgg. 1912, S. 585).

Einweisung ins Krankenhaus; Mitglied der Haushaltung seiner Familie.

6. Nach Neustadt i. Schl. Antwort: Der vorliegende Fall steht für den Versicherten noch wesentlich günstiger, als der in unserer Auskunft 1911, S. 796, Ziff. 2 behandelte. Denn das ledige Mitglied hatte sich hier schon vor der Erkrankung zum Zwecke der Erholung zu seinen Eltern begeben und war daher, als es demnächst erkrankte und von der Kasse zur Rückkehr in den Kassenbezirk aufgefordert wurde, Mitglied der Haushaltung seiner Familie. Er konnte daher nur mit seiner Zustimmung oder aus den sonstigen, in § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. bezeichnenden Gründen in das Krankenhaus eingewiesen werden. Da solche Gründe nicht ersichtlich sind, hat die Kasse kein Recht, ihm wegen seiner Weigerung das Krankengeld zu versagen.

7. Nach Karlsruhe. Antwort: a) Ohne die Vorschrift in § 169 würden auch Staatsbeamte nach § 165 Abs. 1 Ziff. 2 versicherungspflichtig sein. Sie sind also im Sinne des § 176 Ziff. 1 „versicherungsfreie Beschäftigte der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art" und folglich beitrittsberechtigt. Der Betriebskrankenkasse aber können selbstverständlich nur solche Beamte beitreten, „die im Betriebe tätig sind" (§ 245 Abs. 4).

b) Die zweite Frage ist zu bejahen. Ein Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung im Sinne des § 313 liegt auch dann vor, wenn das bisher versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis durch eine Aenderung in ein versicherungsfreies übergeht (Entsch. des preuß. Oberverwaltungsgerichts in Arb.-Versorgg. 1908, S. 421; Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anmerkung 2a zu § 313 S. 420).

c) Auch die dritte Frage ist zu bejahen. Vgl. Hahn, Handbuch, Anm. 2 c zu § 191, S. 253. Nur bedarf eine solche Bestimmung, soweit sie über tödliche Krankheiten und Unfallverletzungen hinausgreift, der „Zustimmung" des Oberversicherungsamts, die nach freiem Ermessen versagt werden kann.

Heilmittelbezug durch Krankenkassen.

8. Nach Driesen. Antwort: Heilmittel aller Art, welche auch in anderen Geschäften als Apotheken feilgehalten und verkauft werden dürfen, können die Krankenkassen im großen beziehen, um sie nach Bedarf an ihre Mitglieder abzugeben (Hahn, Handbuch der Krankenversicherung S. 217 zu d, Hoffmann Anm. 5 zu § 6 KVG.).

Krankenversicherungspflicht eines Jagdhüters nach Ortsstatut.

9. Nach Gebweiler. Antwort: Die Jagd im eigenen Wald ist als land- oder forstwirtschaftlicher Nebenbetrieb anzusehen, weil sie durch den Abschuß kulturschädlicher Tiere usw. zugleich land- oder forstwirtschaftlichen Zwecken dient. Daher ist der Jagdhüter nach dem Ortsstatut krankenversicherungspflichtig (vgl. Handbuch der Unfallversicherung Ziff. 17, 32 zu § 1 UUVG., S. 11, 18.)

Wahl des Vorsitzenden nach dem Krankenversicherungsgesetz.

10. Nach S. Antwort: Der § 64 der Satzung ist nicht anwendbar, das Erfordernis der öffentlichen Bekanntmachung der „Wahl- und Generalversammlungen" betrifft nur die Versammlungen der Mitglieder zur Wahl von Vertretern, nicht aber die Versammlung des Vorstandes zur Wahl eines Vorsitzenden. Es würde ja auch von einleuchtender Unzweckmäßigkeit sein, öffentliche Bekanntmachung vorzuschreiben, wo ein paar Schreiben oder eine mündliche Mitteilung an die Beteiligten genügen. Es handelt sich um eine innere Angelegenheit des Vorstandes, für welche die §§ 41 ff. der Satzung sowie die herkömmliche Uebung maßgebend sind. Ueblich ist bei der Wichtigkeit der Sache, daß die Wahl des Vorsitzenden als Gegenstand der Tagesordnung bei der Einladung mitgeteilt wird. Schon daß dies unterblieb, ist ein bedenklicher Mangel. Vor allem aber schreibt § 43 der Satzung vor, daß der Vorstand seine Beschlüsse mit Stimmenmehrheit der Anwesenden faßt und daß bei Stimmengleichheit die Stimme des Vorsitzenden entscheidet. Das gilt auch für die Wahl des Vorsitzenden. Nur entfällt im vorliegenden Falle die Möglichkeit des ausschlaggebenden Votums bei Stimmengleichheit. Denn es fehlte an einem Vorsitzenden, weil der bisherige durch seine Wiederwahl in den Vorstand nicht ohne weiteres auch das Amt des Vorsitzenden wiedererlangt hatte (preußisches Oberverwaltungsgericht 55 S. 373 ff., Arb.-Versorgg. 1910, S. 170). Es mußte daher, entsprechend allgemein verbreiteter Uebung, durch das Los entschieden werden. Nicht anwendbar ist § 45 Abs. 5 KVG., der sich nur auf das Nichtzustandekommen des

Digitized by Google

Vorstandes und der Generalversammlung bezieht. Daß nicht auch die Wahl des Schriftführers erfolgte, würde nicht genügen, die Wahl des Vorsitzenden ungültig zu machen.

Ortskrankenkassen nur für männliche Gesellen können zugelassen werden.

11. Nach Forst (Lausitz). Antwort: Wir nehmen nicht an, daß zwischen den Bemerkungen von Hahn in Arb.-Versorgg. 1912, S. 532 und denen von Hoffmann Anm. 4 zu § 239 RVO. ein unvereinbarer Widerspruch besteht. Hahn sagt nur, daß solche Kassen nicht mehr zugelassen werden können, welche auf Grund des § 85 nur für Gesellen oder Lehrlinge bestehen. Der andere Fall, daß eine solche Kasse zugelassen werden soll, wenn sie allein für Versicherte eines Geschlechtes besteht, ist dort nicht erörtert. Die uneingeschränkte Fassung des § 239 legt nun die Auffassung dar, daß diese Kassen auch dann fortbestehen können, wenn sie nicht für alle Versicherten desselben Geschlechtes, sondern nur für gewisse Gruppen von ihnen errichtet sind, also z. B. nur für männliche Gesellen oder nur für weibliche Handlungsgehilfinnen. Aber es ist nicht zu verkennen, daß die Frage zweifelhaft ist und daß auch die Auffassung nicht ausgeschlossen erscheint: daß die zulässige Einschränkung des Versichertenkreises auf Personen gleichen Geschlechts eine weitere Einschränkung, insbesondere nach der Berufsstellung, innerhalb dieses Geschlechtes ausschließt. Es erscheint uns danach angebracht, die Frage zum Austrag zu bringen.

Uebertragung der Straffestsetzungsbefugnis auf den Vorsitzenden ist nur durch das Statut zulässig.

12. Nach Arnstadt. Antwort: Der Vorstand ist nicht befugt, das Recht zur Festsetzung von Strafen einem einzelnen Vorstandsmitgliede, insbesondere dem Vorsitzenden zu übertragen; dies kann nur durch die Satzung geschehen (§ 35 Satz 3 KVG.; vgl. auch § 5 Abs. 3 RVO und hierzu Hahn, Handbuch der Krankenversicherung Anm. 6 und 7, S. 8, 9).

Vertretung der Arbeitgeber nach § 38a KVG.

13. Nach Wilmersdorf. Antwort: Nur zur Vertretung des Arbeitgebers nach § 38a Abs. 1 KVG. bedarf es der Anzeige, welche eine Vollmacht ersetzt. Zur Wählbarkeit nach Abs. 2 genügt es, daß der Gewählte tatsächlich Geschäftsführer oder Betriebsbeamter eines beitragspflichtigen Arbeitgebers ist. Der so Gewählte bleibt daher auch im Amte, wenn ihm von seinem Arbeitgeber die Vertretungsbefugnis aus Abs. 1 entzogen wird, sofern er nur noch Geschäftsführer oder Betriebsbeamter bleibt. Den Bauschreiber einer Gemeinde sehen wir als einen Geschäftsführer oder Betriebsbeamten im Sinne des § 38a an, weil er, wenngleich in einem engumschriebenen Kreise, Geschäfte für die Gemeinde zu besorgen hat.

Verjährung der Strafverfolgung bei falscher Angabe des Eintrittstages in der Anmeldung.

14. N. N. Antwort: Die nach § 81 KVG. strafbare Uebertretung besteht allerdings in einer Unterlassung oder Versäumung der Meldung. Eine Anmeldung aber, die in einem wesentlichen Punkt unrichtig ist, ist keine gehörige Anmeldung. Wenn also am 4. Oktober ein Mitglied als am 1. Oktober eingetreten angemeldet wird und sich herausstellt, daß das Mitglied tatsächlich bereits am 1. August in die Beschäftigung eingetreten war, so ist es ganz richtig zu sagen, daß es immer noch an der vom Gesetze geforderten Anmeldung für die Zeit vom 1. August bis 30. September fehlt, daß also die strafbare Unterlassung noch fortdauert und deshalb die Verjährung der Strafverfolgung aus § 81 noch nicht begonnen hat (vgl. Hahn Anm. b zu § 81 KVG. mit Arb.-Versorgg. 1909 S. 835, Ziff. 4 b). Liegt übrigens die Sache, wie es scheint, so, daß der Arbeitgeber absichtlich einen falschen Eintrittstag angegeben hat, um die Nachzahlung der Beiträge zu sparen, so wäre der Tatbestand des Betruges nach § 263 StrGB. erfüllt, und die Strafverfolgung dieserhalb keinesfalls verjährt.

a) Vereinigung von Innungskrankenkassen bei Vereinigung der Innungen. b) Eintritt in die Beschäftigung bei einem Innungsmitgliede bewirkt sofort Pflichtmitgliedschaft bei der Innungskrankenkasse.

15. Nach L. Antwort: a) Weder die Eingemeindung noch die Vereinigung der beiden Innungen hat ohne weiteres die Vereinigung der beiden Innungskrankenkassen zur Folge. Eine Innung kann allerdings für ihren Bezirk nur eine Krankenkasse errichten; daraus folgt aber nicht, daß die beiden Kassen, welche für zwei bisher selbständige Gemeinden und Innungen bereits errichtet waren, kraft Gesetzes sofort in einer der beiden Kassen aufgehen. Sie bestehen vielmehr selbständig fort, bis sie nach § 276 RVO. vereinigt werden.

b) Die dreimonatige Kündigung ist in § 73 Abs. 3 KVG. nur hinsichtlich derjenigen Personen vorgeschrieben, die beim Eintritt ihres Arbeitgebers in die Innung bereits Mitglieder der Ortskrankenkasse waren. Solche Personen, die erst nach dem Beitritte des Meisters zur Innung bei ihm in Beschäftigung treten, werden sofort Pflichtmitglieder der Innungskrankenkasse (Hahn, Anm. 3 zu § 73 KVG., Arb.-Versorgg. 1905, S. 26).

Verjährung des Anspruchs auf Beiträge; Unterbrechung.

16. Nach Hagen i. W. Frage: Ein Arbeitgeber war 1910 mit den Krankenkassenbeiträgen im Rückstande. Zwangsweise Beitreibung war nicht möglich. Im Juli 1911 erfolgte Bestrafung gemäß § 82 b KVG. Jetzt wird der Einwand der Verjährung geltend gemacht. Ein anderer Arbeitgeber schuldet uns aus dem Jahre 1906 11,28 M. Das Beitreibungsverfahren war seinerzeit erfolglos. Der Schuldner ist zu Vermögen gekommen, will aber nicht zahlen und erhebt den Einwand der Verjährung. Ist der Einwand in beiden Fällen begründet?

Antwort: Der Anspruch auf Beiträge verjährt nach § 55 KVG. mit Ablauf des Kalenderjahres, in welchem er entstanden ist. Die Bestrafung aus § 82 b KVG. ist in dieser Hinsicht ohne Bedeutung. Künftig erst wird nach § 29 Abs. 1 RVO. die dreißigjährige Verjährungsfrist aus § 195 BGB. gelten, wenn die Beiträge absichtlich hinterzogen sind (Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anm 2 zu § 29 RVO.) Dagegen trat in beiden Fällen durch das Zwangsvollstreckungsverfahren eine Unterbrechung der Verjährung ein; aber mit Beendigung der Zwangsvollstreckung begann die einjährige Verjährungsfrist von neuem (Hahn, Anm. 1 b zu § 55 KVG.). Danach ist zu beurteilen, ob der Einwand in dem einen oder dem anderen Falle begründet ist.

Beginn der Rechtswirksamkeit des Bundesratsbeschlusses über die Verlängerung der Amtsdauer der Krankenkassenvertreter.

17. Nach Schwerin i. M. Antwort: Den Irrtum in Nr. 35 haben wir bereits in Nr. 36 berichtigt. Der Bundesratsbeschluß über die Verlängerung der Amtsdauer der Krankenkassenvertreter ist in Nr. 53 des Zentrbl. f. d. Deutsche Reich vom 15. November 1912 veröffentlicht. Der Beschluß spricht unter Ziff. 3 von „dem Inkrafttreten dieser Bestimmung". Wann er aber in Kraft getreten ist, ist recht zweifelhaft. Dies hängt mit einer ebenso wichtigen wie schwierigen staatsrechtlichen Frage zusammen. Reichsgesetze erlangen verbindliche Kraft mit Ablauf von 14 Tagen nach der Ausgabe des betreffenden Stückes des Reichsgesetzblattes: sie müssen in diesem Blatte verkündet werden (Art. 2 der Reichsverfassung). Es liegt nahe, dies auch auf Rechtsverordnungen zu beziehen, die nicht im

Digitized by Google

ordentlichen Wege durch Zusammenwirken von Bundesrat und Reichstag, sondern kraft gesetzlicher Ermächtigung vom Bundesrat allein erlassen sind. Denn eine solche Verordnung steht einem Gesetz (im engeren Sinne) vollkommen gleich. Tatsächlich werden aber solche Verordnungen vielfach nur im Zentrbl. für das Deutsche Reich bekannt gemacht, und das Reichsgericht hat diese Art der Verkündung, gegen die Meinung zahlreicher staatsrechtlicher Schriftsteller, für zulässig erklärt (Entsch. in Zivils. 40, S. 76; vgl. dagegen besonders Laband, Deutsches Staatsrecht 4. Aufl. Bd. II, § 58 S. 99 ff, sowie die Literaturangaben daselbst S. 101, Anm. 3). Im vorliegenden Fall ist besonders auffällig, daß man die Verordnung, betreffend die Amtsdauer der Vertreter bei den Berufsgenossenschaften gemäß Art. 2. der Reichsverfassung im Reichsgesetzblatt, die entsprechende Verordnung, betreffend die Krankenkassen aber im Zentrbl. bekannt gemacht hat, als wenn das Wort Labands von der „im Deutschen Reiche herrschenden Verkündigungsunordnung" einmal recht nachdrücklich bestätigt werden sollte! Muß aber mit der vom Reichsgericht gebilligten Praxis gerechnet werden, so wird man auf die Publikation im Zentrbl. den Art. 2 der Verfassung dahin entsprechend anzuwenden haben, daß die Verordnung mit Ablauf von 14 Tagen nach der Veröffentlichung verbindliche Kraft erlangt (vgl. hiermit den Erlaß der preußischen Min. vom 4. November 1912, Arb.-Versorgg. 1912 S. 817 ff. unter I 7 und III 1). Somit wäre jene Verordnung mit Ablauf des 29. November 1912 rechtswirksam geworden.

Wer beschließt über die Satzung einer auszugestaltenden Ortskrankenkasse?

18. Nach Meseritz. Antwort: Die Frage bedarf keiner ausführlichen Erörterung, weil sie völlig klar ist. Das Wesen der Ausgestaltung nach Art. 15 Einf.Ges. zur RVO. ist ja, daß die Kasse bestehen bleibt und sich nur den Anforderungen des neuen Rechts anzupassen hat. Dies geschieht im Wege der Satzungsänderung, über die nach § 36, Ziff. 3 KVG. die Generalversammlung beschließt, wie ja auch der preußische Min.-Erlaß vom 4. Novembar 1912, Arb.-Versorgg. S. 817, unter II 1, ausdrücklich hervorhebt. Von einem Widerspruch mit I 7, wonach der Gemeindeverband die Satzung zu errichten hat, kann nicht die Rede sein, da dieser Abschnitt des Erlasses sich nur auf die Errichtung, nicht auf die Ausgestaltung einer allgemeinen Ortskrankenkasse bezieht.

Unterbrochenes Beschäftigungsverhältnis; Versicherungspflicht; Tagesverdienst.

19. Nach Coschütz. Frage: Beim hiesigen Elektrizitätswerk ist ein Aushilfskassenbote für ständig angenommen worden, der aber nur jedesmal nach dem Schlusse eines Vierteljahres etwa 4—5 Wochen einzukassieren hat und dafür jährlich (im Akkord) ca. 250—300 M. Vergütung erhält. Im Hauptberuf ist er Inhaber bzw. Pächter einer kleinen Schankwirtschaft. Er ist noch erwerbsfähig im Sinne der RVO. Wir sind nun erstens im Zweifel, ob der Betreffende überhaupt versicherungspflichtig ist zur Kranken- und Invalidenversicherung und zweitens, wenn ja, ob diese Vergütung von etwa 300 M. auf das ganze Jahr zu verteilen ist, wonach der Tagesverdienst 1.— M. betrüge, oder ob diese Vergütung nur auf die tatsächliche Beschäftigungsdauer, also ca. 16 bis 20 Wochen im Jahre, zu verteilen ist. Was würde aber in letzterem Falle mit den 8—9 Wochen in jedem Vierteljahre, während er für das Werk nichts zu tun hat, das Beschäftigungsverhältnis aber doch fortbestehen bleibt? Der Arbeitgeber würde sich weigern, für diese Zeit Beiträge zu zahlen, aber eine Abmeldung nach jeder Einkassierperiode und Wiederneuanmeldung im nächsten Vierteljahr kann doch wohl auch nicht stattfinden, denn daß Beschäftigungsverhältnis dauert doch fort.

Antwort: Es liegt ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis vor, aber immer nur für die Zeiten, in denen die Dienste des Mannes tatsächlich in Anspruch genommen werden. Denn wenngleich ein die dienstfreien Wochen überdauerndes Vertragsverhältnis zwischen dem Werk und dem Kassenboten besteht, so besteht doch im vorliegenden Falle kein fortdauerndes Lohnarbeitsverhältnis, weil beide Teile darüber einverstanden sind, daß der Arbeitnehmer sich in den Zwischenzeiten nicht zur Verfügung des Arbeitgebers hält, vielmehr seinem selbständigen Gewerbe nachgeht. Dies aber ist das Entscheidende. Vgl. z. B. Entsch. des preußischen Oberverwaltungsgerichts in Arb.-Versorgg. 1912, S. 61 nebst Nachsatz. Behufs Ermittlung des durchschnittlichen Tagesverdienstes ist, weil es sich um schwankende Bezüge handelt, der Verdienst für den einzelnen Tag also nicht feststeht, eine Durchschnittsberechnung anzustellen: Es ist der durchschnittliche Jahresverdienst durch die durchschnittliche Zahl der auf ein Jahr entfallenden Arbeitstage zu teilen. Vgl. Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, S. 205.

Bemessung des Unfallzuschusses zum Haus- und zum Taschengelde vom 1. Januar 1913 ab.

21. Nach Stuttgart. Antwort: Die Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts vom 30. September 1885 über den Unfallzuschuß hat nicht die Bedeutung besonderer gesetzlicher Vorschriften, sondern dient nur „zur Ausführung" des Gesetzes. (§ 12 Abs. 1 Satz 3 GUVG.) Es ist anzunehmen, daß das Reichsversicherungsamt infolge der am 1. Januar 1912 in Kraft tretenden Aenderung des Unfallversicherungsrechts recht bald eine neue Bekanntmachung erlassen wird (§ 578 RVO.); solange dies nicht geschehen ist, wird man die bisherige Bekanntmachung immerhin für die entsprechende Anwendung des neuen Rechts zur Richtschnur nehmen können. Was insbesondere die Anwendung des § 3 Abs. 2 der Bek. betrifft, so folgt sie auch für das neue Recht unmittelbar aus dem Gesetz. Denn die Leistung aus § 21 Ziff. 3 KVG., das sogen. Taschengeld, ist nach dem Gesetz immer ein Bruchteil des Krankengeldes, und wenn nach § 573 RVO. das Krankengeld vom Beginn der fünften Woche an mindestens zwei Drittel des Grundlohnes betragen muß, d. h. gegebenenfalls von ein Halb auf zwei Drittel zu erhöhen ist, so folgt daraus ohne weiteres, daß auch das Taschengeld im gleichen Verhältnisse, d. i. vorliegendenfalls von ein Achtel auf ein Sechstel erhöht werden muß. Wenn ferner § 573 Abs. 1 Satz 2 bestimmt, daß Entsprechendes für das Hausgeld gilt, so bedeutet das, wie sich aus der Vergleichung des ersten Satzes mit § 186 RVO. ergibt, daß das Hausgeld mindestens ein Drittel des Grundlohns betragen und nötigenfalls auf diesen Betrag zu erhöhen ist; beträgt es schon satzungsmäßig ein Drittel oder mehr, so erübrigt sich jede Erhöhung.

Viehhaltung als landwirtschaftlicher oder gewerblicher Betrieb?

22. Nach Eschwege. Antwort: Die Viehhaltung ist nur dann ein landwirtschaftlicher Betrieb, wenn sie mit der Bodenbenutzung in Zusammenhang steht oder, ohne solche Benutzung, zum Zwecke der Aufzucht, Milchgewinnung oder Mast betrieben wird (Vgl. Handbuch der Unfallversicherung Bd. 2, S. 10, 11). Die Arbeiter der Viehhändler und die Schäfer der vereinigten Schlachthofmetzger gehören der gewerblichen Krankenkasse an.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. F. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
Dr. J. Troschel.

XXX. Jahrgang. **11. Januar 1913.**

Redaktion:	**Nr. 2.**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die Änderungen der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung

Vom Geheimen Oberregierungsrat **Dr. Hoffmann** in Berlin.

(Nach einem Vortrage.) (Schluß.)

Bei den Landkrankenkassen wählt die Vertretung des Gemeindeverbandes den Vorsitzenden, die anderen Vorstandsmitglieder und die Mitglieder des Ausschusses. Nach dem Krankenversicherungsgesetz konnte bei Betriebskrankenkassen durch die Satzung dem Betriebsunternehmer oder einem Vertreter der Vorsitz im Vorstand und in der Generalversammlung übertragen werden. Nach der RVO. § 338 führt der Arbeitgeber oder der Vertreter stets den Vorsitz. Bei der Innungskrankenkasse bestellt die Innung stets den Vorsitzenden und seine Stellvertreter aus den Vorstandsmitgliedern, während nach der GewO. § 90 die Innung den Vorsitzenden nur bestellen durfte, wenn die Innungsmitglieder freiwillig die Hälfte der Beiträge aus eigenen Mitteln zahlten.

2. Die Kassenangestellten. Das Krankenversicherungsgesetz enthielt über die Angestellten der Krankenkassen nur die eine Bestimmung (§ 42), daß ein Rechnungs- oder Kassenführer durch die Aufsichtsbehörde seines Amtes enthoben werden könne, wenn er durch gerichtliche Anordnung in der Verfügung über sein Vermögen beschränkt oder der bürgerlichen Ehrenrechte verlustig gegangen sei oder wenn gegen ihn Tatsachen bekannt wurden, die sich als grobe Verletzung der Amtspflichten darstellten, oder wenn ein Strafverfahren gegen ihn wegen eines Verbrechens oder wegen eines Vergehens, das die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte oder der Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Aemter zur Folge haben konnte, eingeleitet worden sei. Die Reichsversicherungsordnung regelt die Rechte und Pflichten der Angestellten bei den Land-, Orts- und Innungskrankenkassen ausführlich. Dabei wird zwischen Kassenbeamten und Kassenangestellten und auf Probe, vorübergehend oder zur Vertretung beschäftigten Personen unterschieden. Die zuletzt genannten Personen werden vom Vorstande oder dem Vorsitzenden nach freiem Ermessen angestellt und entlassen, sofern nicht durch die für die Angestellten zu erlassende Dienstordnung auch ihre Verhältnisse geregelt werden. Kassenangestellte sind alle sonst von der Kasse beschäftigten Personen, die nicht Kassenbeamte sind. Unter Kassenbeamten werden solche Angestellte verstanden, die entweder nach Landesrecht oder kraft Verleihung durch die oberste Verwaltungsbehörde Staats- oder Gemeindebeamte sind. Um eine sachgemäße Auswahl der Kassenangestellten und eine einwandfreie Geschäftsführung zu gewährleisten, die Angestellten selbst aber gegen willkürliche Behandlung zu sichern, sind in die Reichsversicherungsordnung folgende Vorschriften aufgenommen:

a) Nach § 349 dürfen die aus Mitteln der Kasse bezahlten Stellen im Kassendienste nur durch übereinstimmenden Beschluß beider Gruppen im Vorstande besetzt werden. Kommt ein solcher Beschluß nicht zustande, so kann bei der zweiten Wahl eine Wahl mit mehr als zwei

Digitized by Google

Drittel der Stimmen der Anwesenden stattfinden. Hierdurch ist nur noch die Möglichkeit gegeben, daß eine Partei, die über alle oder fast alle Stimmen der Versicherten und einige Arbeitgeberstimmen verfügt, ihre Parteiangehörigen in die Kassenstellen bringt. Das Versicherungsamt kann seine Bestätigung nur aus den im § 349 angeführten Gründen versagen, nämlich wenn Tatsachen vorliegen, die darauf schließen lassen, daß dem Vorgeschlagenen die erforderliche Zuverlässigkeit, insbesondere für eine unparteiische Wahrnehmung seiner Dienstgeschäfte, oder die erforderliche Fähigkeit fehlt.

b) Die Rechte und Pflichten der Angestellten, insbesondere ihre Besoldung, werden durch eine Dienstordnung geregelt, die nur mit Zustimmung der Mehrheit der Arbeitgeber und der Mehrheit der Versicherten im Vorstand und im Ausschuß zustande kommen kann und der Genehmigung des Oberversicherungsamts bedarf. Dieses kann auch die Dienstordnung zwangsweise erlassen.

c) Die Kündigung oder Entlassung der Angestellten darf, sofern nicht ein Mißbrauch der Stellung zu einer religiösen oder politischen Betätigung vorliegt, nur durch übereinstimmenden Beschluß der Mehrheit der Arbeitgeber und der Versicherten im Vorstand ausgesprochen werden; kommt ein solcher Beschluß nicht zustande, so kann die Entlassung oder Kündigung durch Mehrheitsbeschluß mit Zustimmung des Vorsitzenden des Versicherungsamts ausgesprochen werden. Liegt ein Mißbrauch der Stellung vor, so ist der Angestellte zu verwarnen und im Wiederholungsfalle mit Genehmigung des Versicherungsamts sofort zu entlassen, außerdem ist aus einem wichtigen Grunde die Kündigung oder Entlassung auszusprechen. Macht der Vorsitzende oder der Vorstand von dem Kündigungs- oder Entlassungsrecht keinen Gebrauch, obwohl ein wichtiger Grund vorliegt, so kann das Versicherungsamt ihn dazu anhalten.

d) Nach § 359 Abs. 4 kann die Landesregierung Kassenbeamten, die auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind, die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen.

Die Ausführung dieser Bestimmung würde sich so gestalten, daß für alle in Frage kommenden Beamten ein Regulativ über Rechte und Pflichten der Beamten zu erlassen sein würde, das von der obersten Verwaltungsbehörde oder von der von ihr zu bezeichnenden Behörde (§ 110) zu genehmigen ist. In diesem Regulativ ist die Verpflichtung zur Leistung des Staatsdienereids auszusprechen und andererseits an Ansprüchen alles das zu gewähren, was Gemeindebeamte oder Staatsbeamte ähnlicher Art — am besten werden die entsprechenden Beamten der Gemeinde, in deren Bezirk die Kasse ihren Sitz hat, zum Vergleiche gewählt — zu beanspruchen haben. Hinsichtlich der Bemessung des Gehalts, des Aufrückens in eine höhere Gehaltsstufe, der Gewährung von Wohnungsgeldzuschüssen oder von Teuerungszulagen, der Gewährung von Ruhegehalt im Falle der Pensionierung, der Witwen- und Waisenversorgung und der den Beamten zustehenden Gebührnisse (Reisekosten und Tagegelder bei Dienstreisen, Umzugskosten bei Versetzungen) sind die Beamten den Gemeinde- oder Staatsbeamten gleichzustellen. Ferner wird anzuordnen sein, daß eine Besserstellung gegenüber den entsprechenden Gemeinde- oder Staatsbeamten unzulässig ist, daß sie den Staatsbeamten hinsichtlich der Gemeindebesteuerung gleichstehen und daß in Preußen die Verordnung vom 24. Januar 1844 (Gesetzsamml. S. 52) über die Festsetzung und den Ersatz der bei den Kassen und anderen Verwaltungen vorkommenden Defekte entsprechend gilt. Die Disziplinarverhältnisse dieser Beamten werden durch ein dem Gesetze, betreffend die Dienstvergehen der Beamten der Landesversicherungsanstalten, vom 17. Juli 1900 (Gesetzsamml. S. 251) entsprechendes Gesetz zu regeln sein.

Bei Betriebskrankenkassen hat der Unternehmer das Personal auf seine Kosten zu bestellen. Die Verpflichtung, die Kosten der Kassen- und Rechnungsführung zu tragen, ist fortgefallen. Der Unternehmer muß jetzt die Gehälter aller mit der Kassenverwaltung beschäftigten Angestellten, nicht nur wie bisher das Gehalt des Rechnungs- und Kassenführers tragen. Mißbrauchen diese Angestellten ihr Amt zu religiösen oder politischen Zwecken, so werden sie vom Vorsitzenden des Vorstandes verwarnt und im Wiederholungsfalle sofort entlassen, nötigenfalls durch Eingreifen des Versicherungsamts.

3. Verhältnis zu den Aerzten und

Digitized by Google

Apotheken. Das Krankenversicherungsgesetz verpflichtete die Träger der Krankenversicherung zur Gewährung ärztlicher Behandlung, ohne zu bestimmen, was zur ärztlichen Behandlung gehöre und wie das Verhältnis der Kassen zu ihren Aerzten zu gestalten sei. Durch Gemeindebeschluß bei der Gemeindekrankenversicherung, im übrigen durch die Satzung konnte der Vorstand ermächtigt werden, mit bestimmten Aerzten Verträge abzuschließen und die durch die Heranziehung eines anderen Arztes entstehenden Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abzulehnen (KVG. § 6 a Abs. 1 Ziff. 6, § 26 a Abs. 2 Ziff. 2 b).

Nach § 56 a a. a. O. war endlich die höhere Verwaltungsbehörde auf Antrag von mindestens dreißig Versicherten befugt, über die Grenzen der den Kassenorganen obliegenden Verpflichtung hinaus eine den berechtigten Anforderungen der Versicherten entsprechende ärztliche Fürsorge endgültig anzuordnen.

Die Reichsversicherungsordnung hat für das ganze Gebiet der Arbeiterversicherung den Begriff „ärztliche Behandlung" festgesetzt, indem im § 122 bestimmt wird, daß die ärztliche Behandlung durch approbierte Aerzte, bei Zahnkrankheiten durch approbierte Zahnärzte geleistet werden müsse und die Hilfeleistungen anderer Personen, wie Bader, Hebammen, Heildiener, Heilgehilfen, Krankenwärter, Masseure usw. nur dann umfasse, wenn der Arzt sie angeordnet oder wenn in dringenden Fällen ein approbierter Arzt nicht zugezogen werden könne. Die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, wieweit auch sonst Hilfspersonen innerhalb der staatlich anerkannten Befugnisse selbständige Hilfe leisten können. Bei Zahnkrankheiten kann mit Zustimmung des Versicherten die Behandlung durch Zahntechniker gewährt werden, soweit es sich nicht um Mund- und Kieferkrankheiten handelt.

Nach dem Entwurf der Reichsversicherungsordnung war in den §§ 377–398 für die Regelung der Beziehungen zwischen Aerzten und Krankenkassen durch Vertrag (sog. Aerztevertrag) ein weitläufiges Verfahren vorgesehen, wobei zwischen allgemeinem und besonderem Aerztevertrag unterschieden war. Um die Unterlagen für die Verträge festzusetzen, den Abschluß von Verträgen zu erleichtern oder herbeizuführen sowie Streitigkeiten aus den Verträgen zu schlichten, sollte für den Bezirk jedes Oberversicherungsamts je ein Vertragsausschuß für allgemeine und für besondere Aerzteverträge errichtet werden, denen Vertreter der Aerzte und Krankenkassen in gleicher Zahl angehören sollten. Vorsitzender sollte ein von den Mitgliedern des Ausschusses gewählter oder von der höheren Verwaltungsbehörde bestellter Obmann sein. Aufgabe des Vertragsausschusses war es, bestimmte Grundsätze für die Verträge zwischen Krankenkassen und Aerzten zu vereinbaren, welche die Grundlage für die abzuschließenden Arztverträge sein sollten. Der Vertragsausschuß sollte ferner bei Streitigkeiten als Einigungsamt dienen, das bei allen Streitigkeiten aus dem Vertragsverhältnis zunächst angerufen werden mußte. Diese Vorschläge wurden, obwohl über ihre Durchführbarkeit überall erhebliche Zweifel bestanden, von der Reichstagskommission in erster Lesung im wesentlichen unverändert angenommen, KommB. II 266–322, in zweiter Lesung aber abgelehnt, ebenso ein Vermittelungsantrag (Nr. 829), wonach die Bildung des Einigungsausschusses für den Abschluß der Arztverträge in das Belieben der Beteiligten gestellt war, im übrigen aber Streitigkeiten aus dem Arztvertrag zunächst von einem Schiedsausschuß erledigt werden sollten. Die Krankenkassen sollten nur aus einem wichtigen Grunde die Verlängerung eines auf bestimmte Zeit geschlossenen Vertrags ablehnen oder einen auf unbestimmte Zeit geschlossenen Vertrag kündigen dürfen. Ob ein wichtiger Grund vorlag, sollte ein beim Oberversicherungsamt zu bildendes Schiedsamt entscheiden; KommB. II 322 bis 335. Beide Versuche scheiterten, abgesehen von dem Widerstande der im Leipziger Verbande organisierten Aerzte, an der Unmöglichkeit, zwischen der Verpflichtung der Krankenkassen zur Gewährung ärztlicher Behandlung und dem Rechte der Aerzte, nach freiem Belieben sich der Krankenkasse gegenüber zu verpflichten, einen billigen Ausgleich zu finden.

Nach der Reichsversicherungsordnung verbleibt es hinsichtlich der Regelung der Beziehungen zwischen Aerzten und Krankenkassen im wesentlichen bei den geltenden Rechtszuständen. Es ist der Krankenkasse überlassen, sich mit den Aerzten zu verständigen und die freie oder beschränkte Aerztewahl einzuführen oder Aerzte als Kassenärzte anzustellen. Die beiderseitigen Rechte und Pflichten werden durch

Digitized by Google

schriftlichen Vertrag geregelt; Streitigkeiten aus dem Vertragsverhältnis entscheiden die ordentlichen Gerichte. Gegenüber dem Uebergewicht der Aerzte ist den Krankenkassen allerdings ein Schutzmittel gegeben worden, das auch der Entwurf der RVO. (§ 401) bereits vorsah. Gelingt es der Krankenkasse nicht, einen Vertrag mit einer ausreichenden Anzahl von Aerzten zu schließen oder werden die Aerzte vertragsbrüchig, so daß eine Gefährdung der ärztlichen Versorgung der Kranken eintritt, so kann das Oberversicherungsamt die Krankenkasse ermächtigen, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrages ihres gesetzlichen Krankengeldes zu gewähren (§ 369). Auch ohne Bestimmung der Satzung kann die Kasse, von dringenden Fällen abgesehen, die Bezahlung anderer Aerzte ablehnen (§ 368). Das Oberversicherungsamt kann, wenn die ärztliche Versorgung den berechtigten Anforderungen der Erkrankten nicht genügt, eine Vermehrung der Aerzte anordnen und nötigenfalls selbst veranlassen (§§ 382, 373).

Der Versuch, im Wege der Gesetzgebung ein annehmbares Verhältnis zwischen Aerzten und Krankenkassen herbeizuführen, ist also fehlgeschlagen, und zwar hauptsächlich aus dem Grunde, weil man sich über das Wesen der Meinungsverschiedenheiten zwischen Aerzten und Krankenkassen Klarheit zu verschaffen unterließ. Es handelt sich dabei weniger um die Höhe der Bezahlung als um das Arztsystem. Die Aerzte verlangen die Einführung der freien Arztwahl, wo sie nach ihrer Meinung durchführbar ist, und suchen sie durch eine geschlossene Organisation und Agitation gegen den Willen der Kassen durchzusetzen. Die Kassen wollen ihr Arztsystem selbst bestimmen und fürchten aus einer allgemeinen Einführung der freien Arztwahl eine ungemessene Steigerung nicht nur der Ausgaben für ärztliche Behandlung, sondern auch der Arzneikosten. Aus diesem Streit führt, wenn nicht die ärztliche Hilfeleistung bei Krankenkassen beamteten Aerzten übertragen werden soll, nur ein Weg zum Frieden. Es muß eine unbeteiligte Instanz geschaffen werden, die über das Arztsystem entscheidet. Sowohl die Kassen als auch die Aerzte müssen die Entscheidungen dieser Instanz gegen sich gelten lassen.

V. Beiträge. Nach dem Krankenversicherungsgesetz werden die Beiträge vom Arbeitgeber eingezahlt, der den auf den Versicherten entfallenden Beitragsteil vom Lohn in Abzug bringen kann. Ein Drittel der Beiträge hat der Arbeitgeber aus eigenen Mitteln zu zahlen, während dem Versicherten zwei Drittel zur Last fallen. Bei Innungskrankenkassen können die Innungsmitglieder die Hälfte der Beiträge freiwillig übernehmen. Hierin hat die Reichsversicherungsordnung nichts geändert, der Vorschlag des Entwurfs, die Beiträge im Interesse eines größeren Einflusses der Arbeitgeber auf die Verwaltung der Krankenkassen zu halbieren, wurde wegen der daraus zu erwartenden Mehrbelastung der Arbeitgeber — diese wurde auf rund 46 Mill. und bei Berücksichtigung der neuversicherten Personen auf rund 56 Mill. jährlich berechnet — vom Reichstag abgelehnt. Für die Bemessung der Beiträge dient der Grundlohn, der für die Bemessung der Leistungen maßgebend ist.

Nur hinsichtlich einzelner in die Versicherung neu einbezogener Berufszweige wurden Ausnahmen von diesen Regeln vorgesehen: die unständig Beschäftigten haben ihren Beitragsanteil selbst einzuzahlen. Als Grundlohn dient der Ortslohn, unter den aber bei nur zu geringem Teil arbeitsfähigen Personen heruntergegangen werden kann. Für einzelne Gruppen können die Sätze des Ortslohns durch Zuschläge erhöht werden. Die Satzung kann von der Erhebung der Beitragsteile absehen. Die Arbeitgeberanteile trägt der Gemeindeverband. Beim Wandergewerbe hat der Arbeitgeber für die Zahl der von ihm voraussichtlich beschäftigten Personen bei Lösung des Wandergewerbescheins die Beiträge in der Regel für das ganze Kalenderjahr im voraus einzuzahlen. Für die Hausgewerbetreibenden und die von ihnen beschäftigten Personen werden die Beiträge gesondert eingezahlt. Die Auftraggeber der Hausgewerbetreibenden zahlen Zuschüsse, die so bemessen sind, daß sie die Hälfte der Gesamtlast decken, die den Landkrankenkassen aus der Versicherung der hausgewerblich Beschäftigten entsteht. Sie betragen vorläufig zwei vom Hundert des Entgelts, den die Auftraggeber für die von den Hausgewerbetreibenden gelieferte Arbeit bezahlen. Die Auftraggeber haben die Zuschüsse bei der Landkrankenkasse

Digitized by Google

ihres Betriebssitzes einzuzahlen, die sie an die Kasse der Landkrankenkasse des Betriebssitzes der Hausgewerbetreibenden überweist. Die andere Hälfte der Gesamtlast wird durch die Beiträge gedeckt, die der Hausgewerbetreibende für sich und sein Personal bei der Landkrankenkasse seines Betriebssitzes einzahlt. Als Grundlohn dient der Ortslohn. Der Gemeindeverband kann durch Ortsstatut die hausgewerblich Versicherungspflichtigen von der Beitragspflicht befreien. Das gleiche kann die Landesregierung anordnen, wo die Hausgewerbetreibenden keine Beiträge zahlen können. In der Landwirtschaft sind für Rentenempfänger die Beiträge zu ermäßigen (§ 423), wenn die Satzung der Landkrankenkasse ihm kein Krankengeld gewährt. Das gleiche gilt, wenn in den Wintermonaten (§ 424) oder auf Antrag des Arbeitgebers geringere Leistungen gewährt werden (§ 421). Lehrlinge, die ohne Entgelt beschäftigt werden und sonach kein Krankengeld erhalten, zahlen geringere Beiträge (§ 494). Die Beiträge sind für die in der Landwirtschaft beschäftigten Personen, für Dienstboten sowie für hausgewerblich Beschäftigte zu ermäßigen, wenn die Satzung der Landkrankenkasse die ausschließliche Gewährung der erweiterten Krankenpflege vorschreibt (§§ 432, 436, 387).

Nur Knappschaftskassen können noch Eintrittsgelder erheben.

Die Verpflichtung der Krankenkassen, Einnahme und Ausgabe ins Gleichgewicht zu bringen, ist erhalten geblieben. Werden bei Ortskrankenkassen die Regelleistungen nicht durch eine Erhöhung der Beiträge auf sechs vom Hundert gedeckt, so werden sie mit anderen Ortskrankenkassen zwangsweise vereinigt, sofern nicht durch übereinstimmenden Beschluß der Arbeitgeber und Versicherten eine weitere Erhöhung herbeigeführt wird. Ist die Vereinigung nicht möglich, so muß der Gemeindevorstand Beihilfen leisten. Solange dies geschieht, kann der Gemeindeverband den Vorsitzenden bestellen. Decken bei einer Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse sechs vom Hundert die Regelleistungen nicht, so muß der Gemeindeverband, der Arbeitgeber oder die Innung Zuschüsse leisten. Solange dies geschieht, kann der Gemeindeverband bei einer Landkrankenkasse den Vorsitzenden bestellen.

VI. Meldewesen. Zur An- und Abmeldung verpflichtet ist, wie nach dem Krankenversicherungsgesetz, der Arbeitgeber, auch werden bei unterlassener Anmeldung die Beiträge für die rückliegende Zeit nachgefordert, während bei unterlassener Abmeldung die Beiträge weitergezahlt werden müssen. Nach dem Krankenversicherungsgesetz war die Kasse bei unterlassener Anmeldung außerdem berechtigt, für etwaige Aufwendungen vom Arbeitgeber Ersatz zu verlangen. Nach der Reichsversicherungsordnung kann die Kasse in diesem Falle dem bestraften Arbeitgeber — nicht aber Hausgewerbtreibenden, die ihr Personal nicht angemeldet haben — die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge auferlegen. Auch beim Meldewesen sind hinsichtlich der neu in die Versicherung einbezogenen Berufszweige einige Abweichungen vorgesehen: Unständig Beschäftigte und Hausgewerbtreibende haben sich selbst anzumelden, um in das Mitgliederverzeichnis eingetragen zu werden. Bei Hausgewerbtreibenden haben außerdem die Auftraggeber bei der Landkrankenkasse ihres Betriebssitzes allmonatlich eine Liste der von ihnen beschäftigten Hausgewerbtreibenden einzureichen. Die Strafen wegen unterlassener An- und Abmeldung sind nicht mehr gerichtliche Strafen, sondern werden vom Versicherungsamt verhängt. Dieses kann auch gemeinsame Meldestellen errichten und die Geschäfte der Meldestelle der Ortsbehörde mit Genehmigung der Gemeindeaufsichtsbehörde übertragen (§ 319). Die gemeinsamen Meldestellen und die Ortsbehörden können vom Versicherungsamt auf Antrag beteiligte Kassen auch als Zahlstellen bestellt werden (§ 404).

VII. Kassenverbände. Die Errichtung von Kassenverbänden ist im gleichen Maße wie nach dem Krankenversicherungsgesetz gestattet, es können also nur Krankenkassen im Bezirke desselben Versicherungsamts einen Kassenverband bilden, sofern nicht das Oberversicherungsamt oder die oberste Verwaltungsbehörde einen größeren Bezirk zuläßt. Für die Verwaltung des Kassenverbandes, dessen Aufgaben im wesentlichen unverändert geblieben sind, ist jetzt die Bildung eines Ausschusses zugelassen. Für andere Kassenvereinigungen, die den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen, dürfen Kassenmittel nur mit Zustimmung beider Gruppen im Vorstand verwendet werden; auch können diese Ver-

Digitized by Google

einigungen mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde Aufgaben der Kassenverbände übernehmen.

VIII. Streitigkeiten. Für die Erledigung der Streitigkeiten aus der Krankenversicherung waren nach dem Krankenversicherungsgesetz die Verwaltungsgerichte, die ordentlichen Gerichte, die Verwaltungsbehörden und die besonderen Gerichte im bunten Durcheinander zuständig, so daß widersprechende Entscheidungen an der Tagesordnung waren, vielfach auch maßgebende Entscheidungen eines höheren Gerichtshofs gar nicht herbeigeführt werden konnten. Um an einem Beispiele die Zersplitterung der Rechtsprechung zu illustrieren, so entschieden bei Streitigkeiten zwischen Arbeitgeber und Versicherten über Berechnung der Beiträge, insbesondere wegen der Rechtmäßigkeit der Lohnabzüge, die Gewerbegerichte, die Kaufmannsgerichte, die Innungsschiedsgerichte oder Innungen, bei Streitigkeiten zwischen Innungsmitgliedern und ihren Gesellen und Arbeitern oder ihren Lehrlingen, und endlich die ordentlichen Gerichte, wenn keine der bezeichneten Instanzen zuständig waren. Ueber dieselben Streitigkeiten entschied aber die Aufsichtsbehörde, wenn sie zwischen den Arbeitgebern oder Versicherten einerseits und den Krankenkassen andererseits entstanden. Die Entscheidungen der Aufsichtsbehörden konnten in Preußen binnen vier Wochen mit der Klage im ordentlichen Rechtsweg, in anderen Bundesstaaten im Verwaltungsstreitverfahren oder im Rekursverfahren nach Gewerbeordnung § 20, 21 angefochten werden. Diesen Unzuträglichkeiten macht die Reichsversicherungsordnung gründlich ein Ende, indem sie für alle Streitigkeiten, die aus der Krankenversicherung entstehen, die ausschließliche Zuständigkeit der Versicherungsbehörden begründet. Darunter sind die Versicherungsämter, die Oberversicherungsämter und das Reichsversicherungsamt oder die Landesversicherungsämter zu verstehen. Versicherungsämter sind in Preußen in allen Land- und Stadtkreisen durch Angliederung an die Landratsämter und außerdem bei 50 nicht kreisfreien Gemeinden gebildet. Auch die Insel Helgoland besitzt ein eigenes Versicherungsamt[1]). Die Oberversicherungsämter bestehen in Preußen bei allen Regierungspräsidenten. Nur der Regierungsbezirk Arnsberg hat zwei Oberversicherungsämter in Dortmund und in Arnsberg. Dem Oberversicherungsamt für die Stadt Berlin sind die dem Zweckverbande Groß-Berlin angehörenden Gemeinden unter dem Namen Oberversicherungsamt Groß-Berlin zugeteilt. Sonderoberversicherungsämter bestehen für die Eisenbahndirektionen und die Bezirke der westlichen Oberbergämter. Landesversicherungsämter bestehen nur noch in Bayern, Sachsen und Baden. Die Versicherungsbehörden bilden zur Erledigung der Streitsache Ausschüsse, und zwar für die Streitigkeiten, die im Spruchverfahren zu erledigen sind, Spruchausschüsse, Spruchkammern oder Spruchsenate, und für die Streitigkeiten, die im Beschlußverfahren zu erledigen sind, Beschlußausschüsse, Beschlußkammern oder Beschlußsenate. In einzelnen Fällen auf dem Gebiete der Krankenversicherung entscheidet der Vorsitzende des Versicherungsamts allein, nämlich wenn es sich handelt um lediglich rechnerische Feststellung der Dauer und Höhe der Krankenhilfe, um Gewährung der Krankenhauspflege an Stelle der Krankenhilfe, um Gewährung des Sterbegelds und von Leistungen im Gesamtwert von weniger als fünfzig Mark. In erster Instanz entscheidet sowohl im Spruchverfahren als auch im Beschlußverfahren das Versicherungsamt; die zweite Instanz bildet das Oberversicherungsamt, das vielfach endgiltig entscheidet, aber in Fällen von besonderer Bedeutung oder wenn es von einer grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen will, die Sache dem Reichsversicherungsamt zu überweisen hat. Auch die Ersatzstreitigkeiten zwischen Krankenkassen oder zwischen Krankenkassen und anderen Trägern der Versicherung, oder zwischen Krankenkassen und Arbeitgebern, die ihren Verpflichtungen zur Leistung der Krankenhilfe an Versicherte nicht nachkommen, werden jetzt auf diesem Wege entschieden. Die ordentlichen Gerichte sind nach dem Krankenversicherungsgesetz in weitem Umfange für die Erledigung von Streitigkeiten zuständig. So war gegen die Entscheidung der Aufsichtsbehörde bei Streitigkeiten zwischen Versicherten oder ihren Arbeitgebern einerseits und der Krankenkasse anderseits über das Versicherungsverhältnis oder über die Verpflichtung zur Leistung oder Einzahlung von Beiträgen oder über Unter-

[1]) Die Anordnungen über die Errichtung der Versicherungsämter sind in den Erlassen v. 7. Dezember 1911 (HMBl. S. 447) und v. 14. Mai und 13. Juni 1912 (HMBl. S. 289, 364) enthalten.

Digitized by Google

stützungsansprüche wenigstens in Preußen binnen vier Wochen die Klage im ordentlichen Rechtswege zugelassen. Ueber die Rückforderung zu Unrecht gezahlter Beiträge entschieden überall die ordentlichen Gerichte. Das gleiche gilt für alle Streitigkeiten zwischen Kassenangestellten und Kasse.

Nach der Reichsversicherungsordnung sind die ordentlichen Gerichte wie bisher noch zuständig, bei Regreßforderungen des Ausschusses gegen den Kassenvorstand oder der Betriebskrankenkasse gegen den Arbeitgeber, bei vermögensrechtlichen Streitigkeiten zwischen Aerzten und Kasse, und endlich für die Geltendmachung von Ersatzansprüchen, die einem Versicherten gegen einen Dritten z. B. aus der Haftpflicht zustehen. In diesem Falle ist das ordentliche Gericht an die Entscheidung gebunden, die von den Versicherungsbehörden über den Umfang der Verpflichtung des Versicherungsträgers getroffen ist. Nur bei vermögensrechtlichen Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnis sind noch die ordentlichen Gerichte zuständig, allerdings mit der Maßgabe, daß zunächst das Versicherungsamt und das Oberversicherungsamt entscheiden und daß gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts nur binnen einem Monat nach ihrer Zustellung die Klage im ordentlichen Rechtswege erhoben werden kann; bei Geldstrafe ist der Rechtsweg aber ausgeschlossen.

IX. Kritik. Von einer Reform der Krankenversicherung hoffte man in weiten Kreisen eine weitgehende Zentralisation des Kassenwesens durch Bildung möglichst großer allgemeiner Ortskrankenkassen und unter tunlichster Beschränkung der anderen Kassenarten. Schon der Entwurf der Reichsversicherungsordnung nahm zu dieser Frage keine entscheidende Stellung ein. Für die Neuerrichtung von Ortskrankenkassen wurde immerhin der Grundsatz der territorialen Abgrenzung des Mitgliederkreises aufgestellt. Daneben wurde als neue Kassenart die Landkrankenkasse vorgesehen. Auch die Errichtung von Betriebs- und Innungskrankenkassen sollte erschwert werden, jedoch war die Zulassung von bestehenden Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen noch im weiteren Umfange möglich. Der Reichstag ist den Zentralisierungsbestrebungen des Entwurfs entgegengetreten, indem er überall da, wo für die Beibehaltung oder Errichtung von Krankenkassen eine gewisse Mitgliederzahl vorgeschrieben war, die Zahlen wesentlich herabgesetzt hat.

So sollte von Errichtung einer Landkrankenkasse neben der allgemeinen Ortskrankenkasse abgesehen werden, wenn die Landkrankenkasse nicht mindestens 500 Mitglieder haben würde und umgekehrt. Der Reichstag hat diese Zahlen in beiden Fällen auf 250 herabgesetzt. Zugelassen werden sollten als besondere Ortskrankenkassen nur bestehende Ortskrankenkassen mit mindestens 500 Mitgliedern. Der Reichstag hat auch hier die Zahl auf 250 herabgesetzt und die vorgeschlagene Befugnis der obersten Verwaltungsbehörde, die Mindestzahl allgemein auf 3000, in Versicherungsamtsbezirken mit über 200000 Einwohnern auf 5000 und bei über 500000 Einwohnern auf 10000 zu erhöhen, beseitigt. Für die Errichtung von Betriebskrankenkassen waren, abgesehen von Kassen für Binnenschiffahrtsbetriebe, 500 und für die Zulassung bestehender Betriebskrankenkassen 100 Mitglieder vorgeschrieben. Der Reichstag hat die erste Zahl auf 150 und in beiden Fällen für landwirtschaftliche Betriebe die Zahl auf 50 herabgesetzt; dabei ist sowohl für Betriebs- als auch für Innungskrankenkassen ausgesprochen, daß der Bestand der allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen nicht gefährdet sei, wenn diesen Kassen noch 1000 Mitglieder verbleiben. Im übrigen müssen alle besonderen Ortskrankenkassen sowie die Betriebs- und Innungskrankenkassen Leistungen gewähren, die den Leistungen der allgemeinen Ortskrankenkasse oder der Landkrankenkasse mindestens gleichwertig sind, und selbst dauernd leistungsfähig sein.

Ganz im Gegensatz zu den im Reichstag vertretenen Anschauungen ist bei den Versicherungsbehörden und bei den Versicherten ein weitgehendes Verständnis für die greifbaren Vorteile großer zentralisierter Kassen zu finden, so daß zu erwarten steht, daß fast in allen großen Städten der Kassenwirrwarr durch eine einzige große Kasse ersetzt werden wird. Unbeabsichtigt wird aber die Zentralisierung der Ortskrankenkassen dadurch gefördert, daß die Landkrankenkassen als Träger der Krankenversicherung vorgesehen sind. Durch ihre Errichtung erleiden viele kleine Ortskrankenkassen die bereits landwirtschaftliche Arbeiter und Hausgewerbtreibende umfassen, einen solchen Abgang von Mitgliedern,

Digitized by Google

daß sie nicht mehr als dauernd leistungsfähig angesehen werden können. Die neuen Ortskrankenkassen werden meist für den ganzen Versicherungsamtsbezirk errichtet. Höchst zweifelhaft erscheint es, ob die kleinen Krankenkassen den überaus komplizierten Vorschriften über die Versicherung besonderer Berufszweige, namentlich hinsichtlich der Listenführung und der Verrechnung der Auftraggeberzuschüsse beim Hausgewerbe, gerecht werden können und ob sie der aus der Regelung der Angestelltenverhältnisse zu erwartenden finanziellen Belastung gewachsen sein werden. Im allgemeinen läßt sich aber bei aller Anerkennung der Bestrebungen der neuen Gesetzgebung nicht wegleugnen, daß das ohnehin recht schwierige und für die Arbeiter schwer verständliche Krankenversicherungsrecht durch die Reichsversicherungsordnung nicht einfacher geworden ist.

Mindestzahl von „Kassenmitgliedern".

Von **Dr. H. Halbach** in Essen.

§ 240 RVO. bestimmt: Eine besondere Ortskrankenkasse wird nur zugelassen, wenn sie u. a. mindestens 250 Mitglieder zählt. § 255 RVO. schreibt vor: Eine Betriebskrankenkasse, die vor Inkrafttreten dieses Gesetzes bestand, wird nur zugelassen, wenn u. a. sie mindestens 100, bei Krankenkassen für landwirtschaftliche oder Binnenschiffahrtsbetriebe mindestens 50 Mitglieder hat.

In dem Erlaß des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe, betr. Organisation der Krankenkassen, vom 4. November 1912 (Ministerialblatt der Handels- und Gewerbeverwaltung Nr. 25 vom 25. November 1912 S. 539 ff., abgedruckt in der Arbeiterversorgung 1912, Nr. 35, S. 817 ff.) heißt es unter III. „Zulassung bestehender Ortskrankenkassen als besondere Ortskrankenkassen" unter b in bezug auf die vorstehend bezeichnete Gesetzesbestimmung: „Es sind nur die Pflichtmitglieder zu zählen." Entsprechend heißt es unter IV. „Zulassung bestehender Betriebskrankenkassen" bei b: „Auch hier sind nur die Pflichtmitglieder . . . . . zu berücksichtigen."

Allgemein wurde angenommen, daß bei der Feststellung der Mindestzahl von „Mitgliedern" natürlich auch die freiwilligen (versicherungsberechtigten) Mitglieder mit eingerechnet werden könnten. Man war deshalb allgemein nicht wenig überrascht, als der preußische Ministerialerlaß bestimmte, daß hierbei nur die Pflichtmitglieder zu zählen seien. Sehen wir einmal näher zu, ob diese Auslegung in dem Ministerialerlaß nach dem Sinne des Gesetzes und des Gesetzgebers überhaupt möglich ist.

Der bezeichnete § 240 RVO. entspricht dem § 250 der Reichstagsvorlage. In der amtlichen Begründung ist über diesen Paragraphen (S. 171) festgestellt: „Als Mindestzahl an versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitgliedern — letztere sind für die Zulassung mitzurechnen — ist . . . die Zahl . . . festgesetzt." Die §§ 257—259 der Reichstagsvorlage betreffen die Errichtung neuer Betriebskrankenkassen. In der amtlichen Begründung zu diesen Paragraphen (S. 174) ist erklärt: „Diese Zahl bezieht sich nur auf Zwangsmitglieder und schließt also die freiwilligen Mitglieder aus, die nur bei der Zulassung bestehender Kassen berücksichtigt werden können." Im Reichstage ist nach meinen Feststellungen über diesen Punkt nicht verhandelt worden. In dem Kommissionsbericht habe ich nichts darüber finden können. Es muß also unbedingt angenommen werden, daß nach dem Willen des Gesetzgebers bei der Feststellung der Mitgliederzahl bei Zulassung bestehender Orts- und Betriebskrankenkassen die freiwilligen Mitglieder berücksichtigt werden sollen und daß somit die Angabe in dem Ministerialerlaß der Berechtigung entbehrt.

Zu dem gleichen Ergebnis kommt man bei Prüfung in Hinsicht auf den Sinn des Gesetzes. Das Gesetz spricht von „Mitgliedern" und meint damit die Gesamtheit der Mitglieder, also die Pflicht- und die freiwilligen (versicherungsberechtigten) Mitglieder. Würde man an die Stelle des Wortes „Mitglieder" in dem Gesetz stets „Pflichtmitglieder" setzen, so wäre das Gesetz, wie ich schon an anderer Stelle gesagt habe, eine Karikatur und an vielen Stellen sogar unsinnig. Man mache

Digitized by Google

z. B. einen solchen Versuch in dem Abschnitt über die Leistungen der Krankenkassen.

§ 228 RVO. bestimmt: „Neben der allgemeinen Ortskrankenkasse wird keine Landkrankenkasse errichtet, wo die Landkrankenkasse nicht mindestens 250 Pflichtmitglieder haben würde.“ § 245 bestimmt: „Ein Arbeitgeber kann eine Betriebskrankenkasse errichten für jeden Betrieb, in dem er für die Dauer mindestens 150 Versicherungspflichtige und für jeden landwirtschaftlichen Betrieb oder Binnenschiffahrtsbetrieb, in dem er für die Dauer mindestens 50 Versicherungspflichtige beschäftigt.“ Man vergleiche diese Paragraphen, die von der Errichtung neuer Kassen handeln, mit den oben angeführten, die sich mit der Zulassung bestehender Kassen beschäftigen. Im ersten Falle heißt es Pflichtmitglieder und Versicherungspflichtige, im zweiten Fall allein „Mitglieder“. Das Gesetz macht also bewußt einen Unterschied: Bei der Zulassung bestehender Kassen sollen neben den Pflichtmitgliedern auch die freiwilligen (versicherungsberechtigten) Mitglieder mitgezählt werden.

Die Kommentare äußern sich, soweit ich sehe, im allgemeinen nicht hierüber, wohl aus dem einfachen Grunde, weil die Verfasser nach Lage des Rechts die Auffassung, wie sie in dem Erlaß gegeben ist, nicht für möglich halten. Nur Olshausen erklärt zu § 240 S. 218: „Freiwillig versicherte Mitglieder zählen mit (Begr. S. 171).“ desgleichen zu § 255 S. 233: „Freiwillige Mitglieder zählen mit (vgl. Begr. zu § 259 S. 174).“ In dem Kommentar von Manes heißt es zu § 241 (S. 90), wonach die Mindestzahl an „Mitgliedern“ nach dem Durchschnitt der letzten drei Jahre . . . berechnet wird: „Bei der Berechnung sind auch Versicherungsberechtigte mitzuzählen.“

Nur der Kommentar des Geheimen Oberregierungsrats Hoffmann erklärt zu § 240 in Anmerkung 4 (S. 276): „Die freiwilligen Mitglieder werden nicht mitgerechnet, da die Kasse nur auf Pflichtmitglieder Anspruch hat und freiwillige Mitglieder jeden Augenblick ausscheiden können“, und zu § 255 (S. 302): „Auch hier gehören zu den Mitgliedern nur die versicherungspflichtigen Mitglieder, siehe Anmerkung 4 zu § 240.“

Erstaunt fragt man sich zunächst: Kann diese Erklärung im vorliegenden Falle überhaupt von Bedeutung sein? und kommt dazu, diese Frage mit einem unbedingten Nein zu beantworten. Aber auch tatsächlich ist diese Erklärung nicht richtig. Es handelt sich um die Zulassung bestehender Kassen. Keiner wird glauben, daß die zeitigen freiwilligen Mitglieder der betreffenden Kassen plötzlich ausscheiden und somit die Mitgliederzahl sinken lassen. Die freiwilligen Mitglieder wissen genau, weshalb sie die Mitgliedschaft erwerben oder fortsetzen und gelten mit als die ständigsten Mitglieder der Krankenkassen. Die meisten freiwilligen Mitglieder haben beim Ausscheiden aus der Kasse so leicht keine Möglichkeit, wieder Kassenmitglieder zu werden. Gewiß hat die Kasse nur Anspruch auf Pflichtmitglieder. Aber steht diese Zahl unter allen Umständen ziemlich fest? Die Versicherten können ohne Schwierigkeit das Beschäftigungsverhältnis lösen und scheiden damit aus der Zwangsmitgliedschaft aus. Das gleiche Recht hat der Arbeitgeber. Schwankungen in dieser Richtung gehören doch nicht zu den Seltenheiten! Selbst wenn diese Erklärung überhaupt in Betracht kommen könnte, müßte sie als abwegig bezeichnet werden.

Damit ist der Beweis erbracht, daß der preußische Ministerialerlaß in dieser Hinsicht im Sinne der vorstehenden Darlegungen berichtigt werden muß. Sollte dies aus irgendwelchen äußeren Gründen nicht geschehen, so dürfen sich die in Betracht kommenden Ortz- und Betriebskrankenkassen dadurch nicht beirren lassen. Sollte ein Versicherungsamt den Antrag auf Zulassung zurückweisen oder ein Oberversicherungsamt die Zulassung ablehnen weil die Mindestzahl bei Außerachtlassung der freiwilligen Mitglieder nicht erreicht ist, so rate ich den Kassen dringend, sofort (binnen einem Monat) dagegen bei der obersten Verwaltungsbehörde (dem Minister für Handel und Gewerbe) Beschwerde zu erheben (Artikel 20 des Einführungsgesetzes). Es sind hierbei nicht nur die Pflicht-, sondern auch die freiwilligen Mitglieder zu berücksichtigen.

Es bleibt nur noch die Frage offen: Wie kommt man an der obersten preußischen Verwaltungsstelle dazu, das Gesetz in dieser Weise auszulegen? Diese Frage habe ich schon in einer anderen Zeitschrift wie folgt beantwortet: Man hat in Hinsicht auf die Reichsversicherungs-

Digitized by Google

ordnung besondere Pläne. Der Gesetzgeber hat diese Pläne abgelehnt; nun sucht man sie bei der Durchführung der Reichsversicherungsordnung auf dem Verwaltungswege zu verwirklichen. Wie eine Reihe Erfahrungen dartut, legt man zu diesem Zwecke nicht aus, sondern — wie leider offen festgestellt werden muß — unterstellt diesem mancherlei, was, wie das vorstehende Beispiel zeigt, nicht nur dem Willen des Gesetzgebers zuwiderläuft, sondern auch mit dem Sinne und Wortlaut des Gesetzes in Widerspruch steht. Der Hoffmannsche Kommentar hat in dieser Richtung vorgearbeitet und ist insoweit mit Vorsicht zu gebrauchen.

Anmerkung der Redaktion: Wir haben im Hinblick auf die Wichtigkeit der Sache Herrn Amtsgerichtsrat Hahn um eine Aeußerung ersucht. Er schreibt uns: Ich habe die Frage in meinem Handbuch der Krankenversicherung nicht behandelt, weil ich gar nicht auf den Gedanken kommen konnte, daß es sich hier wirklich um eine „Frage" handle. Der Hoffmannsche Kommentar lag mir erst vor, als der den § 240 RVO. behandelnde Teil meines Manuskriptes bereits in der Druckerei war; sonst würde ich selbstverständlich nicht unterlassen haben, nachdrücklich zu widersprechen. Den zutreffenden Gründen, die Dr. Halbach geltend macht, wäre höchstens noch ein Hinweis auf den inneren Grund hinzuzufügen, warum das Gesetz bei der Errichtung von Kassen nur die Zahl der Pflichtmitglieder, bei der Zulassung dagegen die Zahl der „Mitglieder", also aller Mitglieder in Betracht zieht. Wenn es sich um die Errichtung einer neuen Kasse handelt, läßt sich mit einiger Sicherheit wohl die Zahl der Versicherungspflichtigen, die ihr angehören müssen, feststellen, nicht aber die Zahl der Beitrittsberechtigten, die von ihrem Beitrittsrechte Gebrauch machen werden, auch nur ungefähr ermessen. Steht dagegen die Zulassung einer bestehenden Kasse in Frage, so kann und muß die nach § 241 gebotene Durchschnittsberechnung mit dem bereits gegebenen Mitgliederbestande, also mit den Versicherungsberechtigten ebensowohl wie mit den Pflichtmitgliedern rechnen.

Was den preuß. Min.Erl. betrifft, so ist übrigens das hier erörterte Bedenken keineswegs das einzige und nicht das schwerste, das gegen ihn zu erheben ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Ersatzanspruch eines Armenverbandes gegen eine Krankenkasse, der ein Mitglied wegen gemeingefährlicher Geisteskrankheit unterstützt hat.

Bescheid des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, III. Senat, vom 6. Juni 1912 — III C 14/12 —.

Durch die angefochtene Entscheidung ist die Beklagte zum Ersatz der vom Kläger für ärztliche Behandlung der Anna P. in der Zeit vom 12. April 1911 bis zum 11. Oktober 1911 aufgewendeten Kosten mit 0,61 M. täglich, im ganzen 111,63 M, verurteilt worden. Die dagegen eingelegte Revision der Beklagten ist unbegründet. Die Darlegungen der Vorentscheidung treffen durchweg zu.

Nach feststehender Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts hat als Armenfürsorge die Unterstützung Geisteskranker durch Armenverbände auch dann zu gelten, wenn der an sich arbeitsfähige Kranke nur wegen der Rücksicht auf seine Mitmenschen oder auf die öffentliche Ordnung der Anstaltspflege bedarf, wie es bei gemeingefährlichen Kranken der Fall ist (Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 6. November 1908 Bd. 54 S. 154 der amtlichen Sammlung, Entscheidung vom 26. September 1904, Arb.-Versorgg. Jahrg. 22 S. 52 und Preuß. Verwaltungsblatt Jahrg. 26 S. 676 und vom 3. Januar 1910, Arb.-Versorgg. Jahrg. 27 S. 550), dergestalt, daß selbst die auf Antrag der Polizeibehörde erfolgte Aufnahme des Kranken in die Irrenanstalt nach der letztgenannten Entscheidung als Handlung der Armenpflege zu gelten hat, sofern der Erkrankte nach armenrechtlichen Grundsätzen hilfsbedürftig ist.

Ferner kommt es für die Ersatzpflicht der Krankenkassen gegenüber Armenverbänden nur darauf an, ob sie ihrem von einem Armenverband unterstützten Mitglied die Krankenunterstützung hätten gewähren müssen, wenn das Mitglied sie bei ihnen und nicht bei dem Armenverband in Anspruch genommen hätte. Die Kassen können deshalb den Armenverbänden den Ersatz nach Maßgabe des § 57 KVG. nicht deshalb ablehnen, weil sie gesetzlich zur Gewährung von Krankenhauspflege nicht verpflichtet sind und die Armenverbände die Unterstützung durch Krankenhauspflege gewährt haben (Urteil des Oberverwaltungsgerichts vom 13. November 1911, Preuß. Verwaltungsblatt Jahrg. 33 S. 404).

Amtsdauer der gegenwärtigen Versicherungsvertreter in den Kassenorganen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 4. Dezember 1912.

Unter Hinweis auf die Bekanntmachung, betreffend die Amtsdauer der gegenwärtigen Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten bei den Organen der Krankenkassen, vom 8. November d. J. (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich S. 817)[1] macht der Herr Reichskanzler (Reichsamt des Innern) darauf aufmerksam, daß die nach der Bekanntmachung gegebene Möglichkeit, die Neuwahlen auch erst nach dem 1. Januar 1914 vorzunehmen, sich nicht auf diejenigen Krankenkassen bezieht, bei denen die Generalversammlung (zu vgl. § 37 KVG.) nicht aus gewählten Vertretern, sondern aus sämtlichen Mitgliedern besteht. Auf diese konnte die gedachte Erleichterung nicht ausgedehnt werden. Denn Art. 4 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. findet auf sie keine Anwendung, und auch Art. 100 a. a. O. ließ sich nicht zur Hilfe heranziehen, weil nach Art. 4 der Kaiserlichen Ver-

[1] Arb.-Versorgg. 1912 S. 840.

Digitized by Google

ordnung vom 5. Juli 1912 (Reichs-Gesetzblatt S. 439)[1]) das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung mit dem 1. Januar 1914 voll in Kraft tritt, Generalversammlungen aller Mitglieder statt gewählter Ausschüsse nach jenem Tage mithin nicht mehr zugelassen werden dürfen.

Kassen der bezeichneten Art werden daher unter allen Umständen dafür sorgen müssen, daß bei ihnen die Wahlen bis spätestens zum 31. Dezember 1913 zustande kommen.

An die Königlichen Oberversicherungsämter.

(H.) **Vermögensteilung bei Trennung der Kassenzugehörigkeit verschiedener, einer Betriebskrankenkasse angehörender Betriebe eines Unternehmers.** Urteil des **Braunschw. Verwaltungsgerichtshofs** vom 5./10. 10.

Nach § 168 des BG. vom 15. April 1867 war die Bergbehörde (H. Kammer, Direktion der Bergwerke) befugt, bestimmte Bergwerke von der Verpflichtung, einem Knappschaftsvereine anzugehören, zu entbinden. Sie hat von diesem Rechte bezüglich der Mathildenhütte, Aktiengesellschaft für Bergbau und Hüttenbetrieb, in Harzburg, durch Verfügung vom 8. April 1881 Gebrauch gemacht, und infolgedessen besitzt die Mathildenhütte eine Betriebskrankenkasse, welcher auch die Arbeiter ihrer beiden Gruben Friederike und Hansa angehören. Mit dem Gesetz, betreffend Abänderung des BG., vom 23. Oktober 1909 (vgl. die anderweite Fassung des § 168) ist die Möglichkeit fortgefallen, diese Ausnahme länger bestehen zu lassen, und es sind deshalb Verhandlungen zwischen der Bergbehörde und der H. Kreisdirektion Wolfenbüttel eingeleitet, um dem neuen Rechtszustande Geltung zu verschaffen. Die Bergbehörde hat sich dabei auf den Standpunkt gestellt, daß, bevor die Zuteilung der in den genannten Gruben beschäftigten Arbeiter an den von ihr dafür in Aussicht genommenen Thieder Knappschaftsverein erfolge, zunächst die in § 170 BG. in der Fassung der Novelle vorgesehene Einigung der Beteiligten versucht werden müsse, und daß dabei selbstverständlich eine Zuweisung von Vermögen der Betriebskrankenkasse an den Knappschaftsverein erfolgen müsse, da sonst der Kasse ein Vermögensvorteil erwachse, der völlig nach den Grundsätzen der ungerechtfertigten Bereicherung zu beurteilen sei (§ 812 BGB.) und zu einer Zivilklage gegen die Kasse führen könne. Die Bergbehörde richtete unterm 18. Juni 1910 an die Kreisdirektion das Ersuchen als Aufsichtsbehörde dahin wirken zu wollen, daß ein billiger Ausgleich zustandekomme und verstellte zugleich zur Erwägung, ob nicht die Grundsätze des § 67 a KVG. analog angewendet werden könnten. Die Kreisdirektion hat letzteres nicht getan, auch einem bereits am 18. Mai gestellten Antrage der Mathildenhütte, über die Herausgabe eines Teils des Vermögens der Betriebskrankenkasse an den Knappschaftsverein ihrerseits Entschließung zu treffen, nicht stattgegeben, sondern von aufsichtswegen eine Generalversammlung der Kasse berufen und geleitet, in welcher am 11. Juli beschlossen wurde, 4000 M. des Kassenvermögens zum 1. August d. J. dem Knappschaftsverein zu überweisen.

Die H. Kreisdirektion ist nach der Verordnung vom 14. März 1904 Nr. 14 Aufsichtsbehörde über die Betriebskrankenkasse der Mathildenhütte, weil das Kassenstatut zwar in der Ueberschrift von der Mathildenhütte zu Bad Harzburg redet, in § 1 aber ausdrücklich erklärt, die Kasse habe ihren Sitz in Harzburg-Westerode. Gegen ihre in dieser Eigenschaft erlassenen Verfügungen findet nach § 44 mit § 24 KVG. die Verwaltungsklage statt, sofern die Anfechtung darauf gestützt wird, daß die getroffene Anordnung rechtlich nicht begründet, und die Kasse durch die Anordnung in einem Rechte verletzt oder mit einer rechtlich nicht begründeten Verbindlichkeit belastet sei (vgl. auch § 5 Abs. 1 der gedachten braunschw. Verordnung). Da die Klage — wenn auch dürftigen Inhalts — so aufgefaßt werden muß, daß sie hiernach zulässig erscheint, und die vierwöchige Klagfrist (§ 45 KVG.) gewahrt ist, so ist materiellzu entscheiden.

Der § 67 a KVG. handelt von mehreren Betrieben eines Unternehmers, für welche eine gemeinsame Betriebskrankenkasse besteht und regelt für den Fall, daß einer dieser Betriebe in den Besitz eines andern Unternehmers übergeht, das Ausscheiden der in diesem Betriebe beschäftigten Personen aus der Kasse und die Teilung des Vermögens der bisher gemeinsamen Kasse. Die Parteien streiten über die analoge Anwendbarkeit des § 67 a auf den vorliegenden Fall. Diese analoge Anwendung ist anerkannt: 1. wenn ein Betrieb in mehrere Betriebe geteilt wird (Preuß. Oberverwaltungsgericht 30 344), 2. wenn aus einer gemeinsamen Betrieskrankenkasse verschiedener Unternehmer, die eine bestehende Kasse im Sinne des § 85 ist, Betriebe ausscheiden (RGZ. 49 16). Hier kommen verschiedene Betriebe eines Unternehmers in Betracht. Der Gesetzgeber und damit die Motive haben nur an den im Gesetz zum Ausdruck gekommenen Fall gedacht. Inwieweit die Bestimmung dennoch auf andere Fälle ausgedehnt werden könne, dafür sind allgemeine Auslegungsregeln maßgebend. Der Verwaltungsgerichtshof will hier auf Planck, Bürgerliches Gesetzbuch (3), Vorbemerkungen zum allgemeinen Teil II I oben auf S. 38 des ersten Bd. und dortige Zitate, auf das erwähnte Reichsgerichtsurteil, Ausführ. S. 19 des 49. Bd. der Entsch., und auf Braunschwg. Z. 51 129 Nr. 76 (Urteil

[1]) Arb.-Versorgg. 1912 S. 489.

Digitized by Google

des hiesigen Oberlandesgerichts, 1. Sen., vom 6. Juni 1902 mit Zitaten) verweisen, muß sich aber jeder Stellungnahme zu der Frage ob in concreto der § 67 a anwendbar sei, enthalten, weil er dazu nicht zuständig ist. Dagegen stellt er fest, daß eine analoge Anwendung des § 67 a hier bis jetzt tatsächlich nicht stattgefunden hat. Nach Abs. III dieses Paragraphen ist der Antrag auf Ausscheidung der betr. Personen an die höhere Verwaltungsbehörde zu richten. Diese bestimmt den Zeitpunkt, mit welchem die Ausscheidung stattzufinden hat und entscheidet über die Verteilung des Vermögens nach den im Absatz II angegebenen Grundsätzen. Gegen diese Entscheidung (und natürlich auch gegen eine die Ausscheidung bezw. Verteilung für unzulässig erklärende Entscheidung) steht den Beteiligten binnen 2 Wochen die Beschwerde an die Zentralbehörde zu. Nach der Verordnung vom 14. März 1904 Nr. 14 ist in concreto höhere Verwaltungsbehörde die H. Kreisdirektion Wolfenbüttel. Zentralbehörde ist das H. Staatsministerium. Keine der hiernach maßgebenden Behörden hat sich bislang mit der Sache befaßt, denn die H. Kreisdirektion hat lediglich in ihrer Funktion als Aufsichtsbehörde eingegriffen. Es geht nicht an, das in § 67 a Abs. II enthaltene Verteilungsprinzip anzuwenden, weil sowohl eine Teilung, als auch gerade eine nach diesem (übrigens gar nicht befolgten) Prinzipe billig sei; vielmehr muß, wenn § 67 a analog angewendet werden kann, dies auch von den zuständigen Behörden in dem vorgeschriebenen Verfahren geschehen. Ein Beschluß der Kassenorgane kann niemals auf Grund des § 67 a gefaßt werden. Es fragt sich daher nur noch, ob die Generalversammlung durch andere gesetzliche Vorschriften zu ihrem Beschlusse berechtigt war. Das ist nicht der Fall. Wenn es sich auch nicht um eine Schenkung handelt — zu dieser fehlte die Form; auch war die Leistung als Gegenleistung gedacht — so doch um eine Verwendung aus dem Vermögen der Kasse zu anderen Zwecken als den statutenmäßigen Unterstützungen, der statutenmäßigen Ansammlung und Ergänzung zum Reservefonds und zur Deckung der Verwaltungskosten. Eine solche Verwendung ist durch § 29 Abs. II KVG. verboten, und kann daher, soweit sie nicht auf Grund des § 67 a leg. cit. bewirkt wird, nur auf dem Wege einer Auflösung der Kasse geschehen. Dementsprechend findet sich denn auch unter den in § 32 des Kassenstatuts aufgezählten Rechten der Generalversammlung keines genannt, das eine solche Verwendung rechtfertigen könnte. — Die Behauptung des Beigeladenen, die Kasse sei zu Zahlungen aus Billigkeitsrücksichten befugt, ist unrichtig, und was die ebenfalls vom Beigeladenen erwähnte Erledigung einer zweifelhaften Rechtsfrage im Vergleiche betrifft, so ist eine solche Erledigung nichts weiter, als eine Art der Verfügung, und wenn daher die Kasse über Kassenvermögen zu nach § 29 II nicht erlaubten Zwecken sich vergleicht, so handelt sie ungesetzmäßig, und die Aufsichtsbehörde ist deshalb so befugt wie verpflichtet, auf Grund ihrer Ueberwachungsbefugnis dagegen einzuschreiten. In welcher Form sie das tut, ist gleichgültig; insbesondere kann sie die Ausführung von Beschlüssen der Generalversammlung dadurch hindern, daß sie die Beschlüsse für ungültig erklärt (Keidel in Fuchsbergers Entscheidungen Krankenversicherung I Ergänzungsband 242/44 [Entscheidung des Badischen Verwaltungsgerichtshofs vom 1. März 1904]). Wird dann trotzdem die Anwendung von Zwangsmitteln nötig, so können sich diese natürlich nur gegen die Ausführung der Beschlüsse durch den Vorstand richten (Hahn, KVG. Anm. 1 c zu § 45). Nach obigem erscheint die angefochtene Aufsichtsverfügung gerechtfertigt, zumal nicht einzusehen ist, wie das aus Beiträgen der gesamten Mitglieder herrührende Vermögen der Kasse durch das Ausscheiden eines Teils der Mitglieder zu einer ungerechtfertigten Bereicherung der Kasse im Sinne des § 812 BGB. werden könne.

Ob die Aufsichtsbehörde auch aus dem Grunde einzuschreiten berechtigt war, weil der Beschluß der Generalversammlung formell nicht in Ordnung war, kann auch der Verwaltungsgerichtshof dahingestellt sein lassen; es mag aber doch darauf hingewiesen werden, daß die Vorschriften des Berggesetzes, nach dessen Inkrafttreten die Knappschaftsvereine erst gebildet werden sollen (§ 168), und das eine Zuteilung der Bergwerke usw. an den Knappschaftsverein durch Einigung, event. durch besonderen Beschluß der Bergbehörde, in Aussicht nimmt (§ 170), auch von künftigen beitrittspflichtigen Mitgliedern spricht (loc. cit.), es wohl außer Zweifel erscheinen lassen, daß die Arbeiter der beiden Gruben zur Zeit des Beschlusses der Generalversammlung noch stimmberechtigt waren. —

Die Klage ist unbegründet; einem Antrage der Beteiligten wegen Einleitung des Verfahrens nach § 67 a KVG. steht aber dies Urteil nicht entgegen. Ein solcher Antrag würde an H. Kreisdirektion Wolfenbüttel als höhere Verwaltungsbehörde zu richten sein.

(St.) **Freiwillige Weiterversicherung nach § 27 KVG. in derselben Mitgliederklasse, welcher das Mitglied vorher angehört hat.**

Urteil der **Württ. Kreisregierung** in **Ellwangen** vom 15. Juli 1912.

Die Entscheidung des Rechtsstreits hängt von der Beurteilung der Frage ab, ob Kassenmitglieder,

Digitized by Google

welche nach dem Ausscheiden aus der die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung die Mitgliedschaft nach § 27 KVG. freiwillig fortsetzen, in der bisherigen Mitgliederklasse verbleiben oder entsprechend ihrem neuen Verdienst einer anderen Lohnklasse zugeteilt werden.

Diese Frage ist in der Rechtslehre bestritten. Während Hahn (Kommentar zum KVG. 6. Aufl. 1909 S. 188 Anm. 1c zu § 27) und Hoffmann (Kommentar zu diesem Gesetz 1908 S. 249 Anm. Ziff. 5 zu demselben Paragraphen) der Anschauung sind, daß die nach § 27 KVG. freiwillig weiterversicherten Kassenmitglieder in der bisherigen Mitgliederklasse, welcher sie auf Grund ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung angehört haben, verbleiben, geht Schicker (KVG. 2. Aufl. 1893 S. 159 Anm. Ziff. 4 Abs. 2 zum mehrgenannten Paragraphen) davon aus, daß der Übertritt dieser Mitglieder, falls sie nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung einen anderen Verdienst haben, in eine andere, dem neuen Verdienst entsprechende Mitgliederklasse zu erfolgen hat.

Das Verwaltungsgericht tritt der ersterwähnten für die Versicherten im allgemeinen günstigen Ansicht bei.

Für die Richtigkeit dieser Anschauung spricht schon der Wortlaut des § 27: „Mitglieder, welche aus der die Mitgliedschaft begründenden Beschäftigung ausscheiden usw., bleiben so lange Mitglieder" usw. Diese Fassung ist richtigerweise dahin zu verstehen, daß die Mitgliedschaft so erhalten bleibt, wie sie bisher bestanden hat, d. h. daß das Mitglied in der Klasse, der es bisher angehört hat, auch dann verbleibt, wenn es in Zukunft ein höheres oder geringeres Arbeitseinkommen hat (vgl. auch die Abhandlung von Hahn in Arb.-Versorgg. 1894 S. 197 Ziff. 4 letzter Absatz und die Entscheidung des Kgl. Landgerichts Köln vom 16. Mai 1905 s. die genannte Zeitschrift 1905 S. 555).

Die gegenteilige Auslegung würde, wie vom Prozeßbevollmächtigten der Beklagten zutreffend hervorgehoben worden ist, für den Fall, daß das Kassenmitglied, sei es infolge Mangels einer Verdienstgelegenheit, sei es wegen Arbeitsunfähigkeit, überhaupt keinen Verdienst hat, eine Lücke schaffen.

Dazu kommt noch, daß die Reichsversicherungsordnung in § 313 die Bestimmung getroffen hat, daß ein aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidendes Kassenmitglied, das in den vorangegangenen zwölf Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen auf Grund der Reichsversicherung versichert war in seiner Klasse oder Lohnstufe Mitglied bleiben kann, solange es sich regelmäßig im Inland aufhält und nicht nach § 312 (Erwerbung der Mitgliedschaft einer anderen Krankenkasse) ausscheidet. Da die Reichsversicherungsordnung — von dem Erfordernis einer bestimmten Dauer der versicherungspflichtigen Kassenmitgliedschaft abgesehen — das Recht, die Mitgliedschaft freiwillig fortzusetzen, in Übereinstimmung mit dem derzeit noch geltenden § 27 KVG. geregelt und hierbei die Frage, in welcher Klasse oder Lohnstufe die Weiterversicherung zu geschehen hat, entschieden hat (vgl. die Begründung zu § 326 des Entwurfs RVO. — § 313 RVO. — Reichstagsverhandlungen, 12. Legislaturperiode, II. Session Bd. 274 S. 197), so erscheint es als richtig, diese vom Gesetzgeber getroffene Entscheidung auch der Auslegung des § 27 KVG. zugrunde zu legen.

Die Annahme der Klägerin, daß die Klasseneinteilung der ihre Mitgliedschaft freiwillig fortsetzenden Kassenmitglieder der gleichen Vorschrift wie derjenigen der Pflichtmitglieder, nämlich die Bestimmung des § 12 des Kassenstatuts unterliege, wonach die Kassenmitglieder für die Bemessung der Höhe des Krankengelds und der Beiträge nach dem Betrag ihres durchschnittlichen Arbeitsverdienstes eingeteilt werden, und bei verändertem Arbeitsverdienst Versetzung in eine höhere oder niedrigere Klasse stattfindet, ist daher nicht als zutreffend zu erachten. Hiernach blieb der Versicherte während der freiwilligen Fortsetzung der Mitgliedschaft Mitglied der vierten Klasse, welcher er auf Grund seiner versicherungspflichtigen Beschäftigung angehört hatte.

Diese Entscheidung ist rechtskräftig geworden.

(K.) **Der Rechtsweg findet gegenüber einer Entscheidung der Aufsichtsbehörde auch Anwendung, wenn in derselben nicht alle Einreden erörtert sind. Nichtversicherungspflicht eines Kontrolleurs bei einem Rennverein. Der Verlust der freiwilligen Mitgliedschaft tritt nur ein, wenn die Beitragszahlung an zwei Zahlungsterminen versäumt wird.**

Urteil des **Königl. Kammergerichts, 9. Zivilsenats** zu **Berlin,** vom 14. Oktober 1910.

Der Beklagte war der Klägerin als freiwilliges Mitglied beigetreten. Nach seinem Beitritt trat er bei dem Rennklub als Kontrolleur ein. Spätestens am 15. Dezember 1908 erkrankte er und war bis 23. Februar 1909 krank. In dieser Zeit erhielt er von der Klägerin Krankengeld. Am 30. November 1908 hat der Beklagte noch seine Beiträge gezahlt, im Dezember 1908 hat er Beitragszahlungen nicht geleistet. Am 4. Januar 1909 hat der Beklagte die rückständigen Beitragszahlungen der Klägerin angeboten, die Klägerin hat die Annahme aber abgelehnt. Die Klägerin ist der Meinung, daß der Beklagte seine freiwillige Mitgliedschaft dadurch verloren habe, daß er als Rennbahnkontrolleur eine versicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt habe, und daß er sie ev. dadurch verloren habe, daß er die Kassenbeiträge an zwei aufeinander folgenden Terminen nicht gezahlt habe.

Digitized by Google

Der Beklagte hat die Entscheidung des Magistrats darüber angerufen, daß seine freiwillige Mitgliedschaft bei der Kasse nicht erloschen sei, und daß die Kasse infolgedessen verpflichtet sei, ihm auch für die Zeit vom 5. Januar 1909 bis 23. Februar 1909 Krankengeld mit insgesamt 125 M. zu zahlen. Der Magistrat hat dem Antrage stattgegeben.

Die Klage gegen diese Entscheidung wurde abgewiesen. Auch die Berufung gegen diese Abweisung war erfolglos.

Gründe:

Die Klägerin stützt ihren Antrag auf die Feststellung, daß der Beklagte seine freiwillige Mitgliedschaft bei ihr verloren habe, und daß er daher mit seinem Antrage auf Zahlung von Krankengeld abzuweisen sei, einmal darauf, daß er nach Erwerbung der freiwilligen Mitgliedschaft als Rennbahnkontrolleur bei dem Rennklub eingetreten und dadurch Zwangsmitglied der hierfür in Betracht kommenden Kasse geworden sei, ev. aber darauf, daß er die Beiträge an zwei aufeinander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet habe.

Gegen diesen letzteren Punkt hat der Beklagte die Einrede der Unzulässigkeit des Rechtsweges erhoben, weil der Magistrat in seiner Entscheidung diese Tatsache nicht geprüft habe und sie auch nicht hätte prüfen können, da die jetzige Klägerin und damalige Beklagte in dem Verfahren vor der Verwaltungsbehörde ihre Weigerung, ihn als freiwilliges Mitglied anzuerkennen, nur darauf gestützt habe, daß er die freiwillige Mitgliedschaft durch Erwerb der Zwangsmitgliedschaft bei einer anderen Kasse verloren habe, nicht aber darauf, daß seine Mitgliedschaft auch wegen Nichtzahlung der Beiträge erloschen sei. Diese Behauptung des Beklagten ist zwar tatsächlich zutreffend, sie vermag aber die Einrede der Unzulässigkeit des Rechtsweges nicht zu begründen. Nach § 58 KVG. muß der Erhebung der Klage im ordentlichen Rechtsweg, soweit Streitigkeiten zwischen den zu versichernden Personen und der Krankenkasse über das Versicherungsverhältnis bestehen, die Entscheidung der Aufsichtsbehörde vorhergehen. Eine solche Entscheidung liegt aber vor, wenn die Aufsichtsbehörde, wie dies im vorliegenden Falle geschehen ist, unzweideutig über den geltend gemachten Anspruch entschieden hat. Daß in den Gründen sämtliche Einreden gegen diesen Anspruch erörtert werden müßten, ist keine Voraussetzung für die Zulässigkeit des Rechtsweges und ebensowenig wird der im Verwaltungsstreitverfahren unterliegende Teil gehindert, bei der späteren im ordentlichen Rechtswege erhobenen Klage die Unbegründetheit des im Verwaltungsstreitverfahren gegen ihn erhobenen Anspruchs durch weitere tatsächliche und rechtliche Behauptungen darzutun, auch wenn er diese Behauptungen im Verwaltungsstreitverfahren noch nicht vorgebracht haben sollte, vorausgesetzt, daß diese Behauptungen sich als Einwendungen gegen den von ihm geltend gemachten Klageanspruch darstellen. Dies ist aber hier der Fall. Beide oben angeführten tatsächlichen Behauptungen der jetzigen Klägerin unterliegen daher der Prüfung und Entscheidung des Gerichts.

Was zunächst die Behauptung anlangt, daß der Beklagte die freiwillige Mitgliedschaft durch nachträglichen Erwerb der Zwangsmitgliedschaft bei einer andern Kasse wieder verloren habe, so war den Ausführungen des Vorderrichters, daß dies nicht zutreffe, weil Beklagter nicht Zwangsmitglied geworden sei, beizupflichten. Voraussetzung des Erwerbs der Zwangsmitgliedschaft gemäß § 1 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. ist, daß jemand im Handelsgewerbe, im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt ist. Die Tätigkeit des Beklagten bei dem Rennverein fällt aber nicht mehr unter diese gesetzliche Bestimmung, weil der Rennverein, wie die Beweisaufnahme ergeben hat, kein Gewerbebetrieb ist. Entscheidend für das Vorliegen eines Gewerbebetriebes ist die Absicht und nicht die Tatsache der Gewinnerzielung. Der Klägerin ist allerdings beizupflichten, daß es darauf ankommt, zu welchem Zwecke der erzielte Gewinn verwandt werden soll, und daß ein Unternehmen, das seinen Gewinn zu gemeinnützigen Zwecken verwendet, sehr wohl ein Gewerbebetrieb im Sinne des Gesetzes sein kann. Der Rennverein bezweckt aber, wie die Statuten und die Aussagen des Zeugen von G. ergeben, überhaupt keine Gewinnerzielung. Soweit er durch Erhebung von Eintrittsgeldern bei Rennen und durch Totalisatorprozente Einnahmen hat, verwendet er diese zur Deckung der Unkosten; er beabsichtigt aber weder, noch erzielt er die Gewinnung eines regelmäßigen Ueberschusses. Hiernach fehlt es an dem wesentlichen Momente eines Gewerbebetriebes, der eben nur dann vorliegt, wenn die Tätigkeit zum Zwecke der Gewinnerzielung vorgenommen wird. Der Beklagte ist also durch seine Beschäftigung als Kontrolleur bei dem Rennverein nicht Zwangsmitglied einer Kasse geworden und hat seine freiwillige Mitgliedschaft bei der Klägerin sonach nicht verloren. Ebensowenig ist er seiner Mitgliedschaft bei der Klägerin aber durch die Nichtzahlung der Beiträge verlustig gegangen. Nach § 33 des Statuts sind die Beiträge an jedem Montage nach Ablauf von je zwei Wochen an die Kasse zu zahlen. Am 30. November 1908 hat der Beklagte seine Beiträge noch bezahlt, am 14. und 28. Dezember hat er keine Beiträge entrichtet, am 4. Januar 1909 hat er sämtliche rückständige Beiträge angeboten, die Klägerin hat aber die Annahme verweigert. Der Beklagte wäre also kalendermäßig mit der Zahlung der Beiträge an zwei aufeinander folgenden Zahlungsterminen im Rückstand geblieben und hätte somit seine Mit-

Digitized by Google

gliedschaft nach § 27 Abs. 2 KVG., § 9 Abs. 2 des Statuts verloren, wenn während dieser Zeit eine Zahlungspflicht für ihn bestanden hätte. Dies ist jedoch nicht der Fall. Zum mindesten vom 15. Dezember ab bis jedenfalls einschließlich 4. Januar war der Beklagte erkrankt, erwerbsunfähig und hat Krankenunterstützung bezogen. Nach § 34 des Statuts war er also für diese Zeit von der Zahlung der Beiträge befreit. Der Beklagte war also höchstens am 14. Dezember, keineswegs aber am 28. Dezember mit der Beitragszahlung im Rückstand und hat daher seinen Beitrag höchstens an einem, nicht aber an zwei aufeinander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet. Die Auffassung der Klägerin, daß er den am 14. Dezember fälligen Beitrag doch auch am 28. Dezember nicht gezahlt habe, und daß dadurch die Mitgliedschaft erloschen sei, findet im Gesetz und dem dem Gesetze nachgebildeten Statut keine Stütze. Das Gesetz bestimmt im § 27 II im Gegensatz zum § 11, nach welchem die Weiterversicherung bereits erlischt, wenn auch nur ein fälliger Beitrag nicht gezahlt wird, daß die Mitgliedschaft erst erlischt, wenn die Beiträge an zwei aufeinander folgenden Zahlungsterminen nicht geleistet werden. Darunter sind aber die Beiträge für zwei aufeinander folgende Zahlungsperioden zu verstehen. Denn für einen Beitrag besteht immer nur ein Zahlungstermin nicht aber zwei. Mit einem Beitrag kann der Pflichtige auch nicht an zwei Zahlungsterminen im Rückstande bleiben. Im übrigen war aber der 28. Dezember gar kein Zahlungstermin, da während der Zeit vom 14.—28. Dezember gemäß § 34 des Statuts Beiträge überhaupt nicht fällig geworden sind. Der Beklagte ist daher auch aus diesem Grunde seiner Mitgliedschaft nicht verlustig gegangen.

B. Zur Unfallversicherung.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts.

Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes gemäß § 10 Abs. 3 Satz 2 GUVG., Unternehmergewinn ist nicht zu berücksichtigen (2586).

Zur Auslegung des Begriffs „grundsteuerartige Lasten", die bei der Ermittlung des für die satzungsmäßige Zwangsversicherung maßgebenden Jahresarbeitsverdienstes landwirtschaftlicher Betriebsunternehmer in Abzug zu bringen sind (2587).

(Kl.) **Verbrennung mit Karbolsäure aus Irrtum als Betriebsunfall.**

Entscheidung des **Reichsversicherungsamtes** vom 2. März 1912.

Bei seiner Beschäftigung zog sich ein Arbeiter eine leichte Armverletzung zu. Ein Vorgesetzter wollte ihm einen Notverband anlegen und wusch zuvor die Wunde aus. Anstatt des Karbolwassers, das er hierzu verwenden wollte, ergriff er aber aus Irrtum die Karbolsäure, wodurch eine schwere Verbrennung des verletzten Armes eintrat. Dadurch wurde der Arbeiter erheblich geschädigt.

Berufsgenossenschaft und Schiedsgericht für Arbeiterversicherung lehnten eine Entschädigung ab, da die Erwerbsbeschränkung mit der ursprünglichen, im Betriebe erlittenen Verletzung nicht ursächlich zusammenhänge und daher nicht in Betracht zu ziehen sei. Das Reichsversicherungsamt hat die Verbrennung als Unfallfolge anerkannt.

Aus den Gründen:

Es ist nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes nicht erforderlich, daß die im Betriebe erlittene Verletzung die alleinige Ursache der Erwerbsunfähigkeit bildet, es genügt vielmehr, daß sie eine von mehreren Ursachen ist und als solche wesentlich ins Gewicht fällt. Im vorliegenden Falle ist die Verbrennung und damit die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nicht nur im unmittelbaren Anschluß an die Betriebsarbeit und den dabei erlittenen Unfall auf der Betriebsstätte geschehen, sondern auch durch eine Person verursacht worden, die dem Betriebe angehörte, mit dem Kläger auf derselben Betriebsstätte tätig war und bei der Behandlung des Klägers von der Absicht geleitet wurde, die Folgen des Betriebsunfalles unschädlich zu machen, damit der Verletzte seine Tätigkeit fortsetzen könne. Der Zusammenhang zwischen der bestehenden Erwerbsunfähigkeit und dem Unfalle ist also gegeben; die Fahrlässigkeit der hilfeleistenden Personen bei dem Auswaschen der Wunde hebt den Zusammenhang nicht auf, ebensowenig der Umstand, daß der Kläger nicht die von der Arbeitgeberin eingerichtete besondere Verbandstelle aufsuchte, sondern die ihm von seinem Vorgesetzten angebotene Hilfe annahm, obgleich dieser nicht mit der ersten Hilfeleistung in Unfällen betraut war.

Nach alledem ist der Kläger wegen der Folgen der Verbrennung des Armes mit Karbolsäure gelegentlich des Auswaschens der Wunde zu entschädigen.

(Kl.) **Darmmilzbrand als Betriebsunfall.**

Entscheidung des **Reichsversicherungsamtes** vom 9. Mai 1912 — Ia 9763/11, 15 A —.

Der in einer Lederfabrik mit dem Abwischen von Chinahäuten beschäftigte Rotgerber Sch. erkrankte eines Tages. Die Aerzte waren sich über die Art der Erkrankung zunächst nicht klar. Nach 62 Tagen qualvollen Leidens verstarb Sch. Die Hinterbliebenen führten den Tod auf die Beschäftigung mit den verschimmelten Häuten zurück, die viel Staub absonderten. Die Lederberufsgenossenschaft lehnte aber jedwede Entschädigung ab.

Digitized by Google

Der Tod sei auf eine Gewerbekrankheit zurückzuführen, selbst wenn er infolge Milzbrand eingetreten sei. Das angerufene Schiedsgericht für Arbeiterversicherung stellte umfangreiche Beweiserhebungen an und verurteilte sodann die Berufsgenossenschaft zur Gewährung der Entschädigung. Die Genossenschaft legte Rekurs ein. Das Reichsversicherungsamt holte ein Gutachten des Prof. Dr. Lewin-Berlin ein, in dem es u. a. heißt:

„Ein fertiges Gift, wie salpeterige Säure usw., wirkt durch seine höchstens in einer Arbeitsschicht in den Körper gedrungene, stets begrenzte Masse. Es kann sich nicht vermehren, wenn der Arbeiter die Arbeit verläßt. Setzt er sich der Eindringungsmöglichkeit eines solchen Giftes weiter aus, so wird nach Maßgabe der erneuten Aufnahme auch die Möglichkeit des Zuwachses an Körperbeschädigung eintreten.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei Infektionsgiften, die Produkte des Lebens gifterzeugender, im menschlichen Körper fast unbegrenzt sich weiter fortpflanzender Lebewesen sind. Arbeitet jemand z. B. auch nur zehn Minuten mit einem Material, das solche Lebewesen in seinen Körper eindringen läßt, so nimmt er nicht nur ein Gift, sondern eine Giftquelle in sich auf. Denn diese Lebewesen pflanzen sich, wie wir dies von Milzbrandbazillen und anderen derartigen Gebilden wissen, fort. Wird auch die gefährliche Arbeit verlassen, so mehren und verbreiten sie sich dennoch im Körper, und mit ihrer Mehrung wachsen stetig die von den alten und den neuen als notwendige Produkte ihres Dasein erzeugten Giftmengen. So ist es, falls nur einmal das Eindringen erfolgt ist, für die Vergiftung wissenschaftlich und praktisch belanglos, ob der Arbeiter einen oder mehrere Tage mit dem Material gearbeitet hat. Tatsächlich ist S. schon nach der ersten Tagesbeschäftigung mit dem Material erkrankt. Während dieser einen Tagesbeschäftigung haben die Milzbrandbazillen, die vielleicht nur in einem Augenblick eingedrungen sind, bereits ihre gesundheitszerstörende Wirkung zu entfalten begonnen, und je mehr sie sich in den nächsten Tagen in seinem Körper vermehren mußten, um so stärker wurden die Krankheitssymptome ausgeprägt. Drangen in diesen nächsten Tagen noch solche Bazillen in ihn ein, so war dies eine Luxusaufnahme. An dem Schicksal des Vergifteten, nämlich milzkrank zu werden, zu sein und zu bleiben, hat dies nichts mehr ändern können. Darum ist Sch. einem echten Unfall durch Milzbrandvergiftung erlegen, der sich wahrscheinlich in einem sehr kurzen Zeitraum, vielleicht in einem Augenblick, vollzogen hat."

Das Reichsversicherungsamt verwarf den Rekurs der Berufsgenossenschaft.

Aus den Gründen:

Es ist eine Erfahrungstatsache, daß unter Chinahäuten nicht selten milzbrandbehaftete Häute vorkommen und die Milzbrandsporen auch nicht durch das Gerbeverfahren untergehen. In B., dem Arbeitsorte des Verstorbenen, treten die Fälle einer Vergiftung der Menschen durch Milzbrand verhältnismäßig häufig auf. S. war daher durch seine Arbeit und an seiner Arbeitsstelle der Gefahr der Milzbrandvergiftung in hohem Maße ausgesetzt. Für die Verwirklichung dieser Gefahr lag ein besonderer, begünstigender Umstand darin, daß die zu reinigenden China-Wacheleder schimmelig waren und deshalb großen Staub entwickelten, so daß der Staub beim Atmen durch die Luftwege in den Magen und von da in den Darm eindrang. Auch die Art und der Verlauf der Krankheit bei S. zeigen das Bild des Darmmilzbrandes; es zeigte sich ziemlich früh eine Schwellung an den Fingern beider Hände und eine hohe Schmerzhaftigkeit, dann Durchfall, Durstgefühl und Milzschwellung, Fieberlosigkeit mit Fieber wechselnd, Rasselgeräusche an der Lunge und schließlich blutigseröse Blasen an der Haut.

Der Zeitraum, in welchem die Vergiftung zustande gekommen ist, ist ein sehr kurzer gewesen, da bei Infektionsgiften schon nach kurzdauernder Arbeit mit einem derartigen Material die Pilze in den Körper eindringen können und nach ihrem Eindringen auch nach Einstellung der Arbeit im Körper sich mehren und verbreiten. So müssen auch bei S. schon während der ersten Tagesbeschäftigung die Milzbrandbazillen, die vielleicht nur in einem Augenblick eingedrungen sind, ihre gefährliche Wirkung zu entfalten begonnen haben und nach ihrer Vermehrung innerhalb des Körpers die Zerstörung der Gesundheit allmählich fortgesetzt haben.

Das Reichsversicherungsamt ist dem Obergutachten des Professors Dr. Lewin, welches im Ergebnisse mit demjenigen des Obermedizinalrats Dr. Scheuerlen in Stuttgart übereinstimmt, gefolgt und hat demgemäß angenommen, daß der Arbeiter S. beim Ausreiben verschimmelter gegerbter Chinahäute einem Unfall durch Milzbrandvergiftung, die sich wahrscheinlich in einem sehr kurzen Zeitraum, vielleicht in einem Augenblick, vollzogen hat, erlegen ist.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

(W.) **Der Arbeitgeber wird durch das Konkursverfahren seiner Verpflichtung, für die bei ihm beschäftigt gewesenen Personen Invalidenversicherungsbeiträge zu entrichten, nicht enthoben.**

Entscheidung a) des **Versicherungsamtes Hamburg** vom 7. August 1912; b) des **Oberversicherungsamtes Hamburg** vom 21. September 1912.

a)

Der Buchhalter K. betrieb früher in Hamburg unter der Firma Felix K. ein Delikatessengeschäft und beschäftigte in der Zeit vom 28. November bis zum 5. Dezember 1910 die Stütze R., in der Zeit vom 25. November 1910 bis zum 13. Januar 1911 die Wirtschafterin U. und den Verkäufer L. und in der Zeit vom 5. Dezember 1910 bis zum 13. Januar 1911 den Hausdiener R.

Die von ihm als Arbeitgeber für diese Personen und Zeiten zur Invalidenversicherung zu zahlenden Beiträge belaufen sich auf 6,06 M.

Am 13. Januar 1911 wurde über K.s Vermögen das Konkursverfahren eröffnet; die Behörde für das Ver-

Digitized by Google

sicherungswesen in Hamburg als Hebestelle meldete im Namen des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte gemäß §§ 168 JVG., 61 Ziff. 1 Konkursordnung die Forderung von 6,06 M. an, wurde aber nicht befriedigt, da das Verfahren wegen Nichtvorhandenseins einer den Verfahrenskosten entsprechenden Masse am 6. Dezember 1911 eingestellt wurde. Die Hebestelle veranlaßte daraufhin die Beitreibung der Forderung im Verwaltungswege. K. hingegen weigerte sich, den Betrag und die Vollstreckungskosten zu zahlen, da er durch das Konkursverfahren jeder Zahlungsverpflichtung enthoben worden sei; auch hätte die Forderung angemeldet werden müssen.

Der Vorstand der Versicherungsanstalt hält unter Berufung auf §§ 206, 164 die Weigerung K.s für unberechtigt und hat Entscheidung der Streitfrage beantragt.

Der Standpunkt des Vorstandes der Versicherungsanstalt ist richtig.

Wenn das Konkursverfahren mangels Vorhandenseins einer seinen Kosten entsprechenden Masse eingestellt worden ist, können die nicht befriedigten Gläubiger ebenso wie im Falle der Aufhebung des Verfahrens ihre Forderung gegen den Schuldner unbeschränkt geltend machen (§§ 206 Abs. 2, 164 Abs. 1 Konkursordnung).

K. nimmt also zu Unrecht an, durch das Konkursverfahren seiner Zahlungsverpflichtung enthoben worden zu sein.

Sein weiterer Einwand, daß die Forderung hätte angemeldet werden müssen, erledigt sich schon dadurch, daß sie tatsächlich angemeldet worden ist.

Die Hebestelle der Versicherungsanstalt hat demnach mit Recht nach Einstellung des Konkursverfahrens die Forderung beizutreiben versucht, und K. ist daher verpflichtet, außer dem Betrage der Forderung auch die Vollstreckungskosten zu tragen.

b)

Gegen die vorbezeichnete Entscheidung der Polizeibehörde, Versicherungsamt, zu Hamburg ist von K. fristgerecht Beschwerde eingelegt mit dem Antrage, diese Entscheidung aufzuheben. Zur Begründung seiner Beschwerde führt der Beschwerdeführer insbesondere aus, er müsse auf seinem Standpunkt beharren, daß er durch die Einleitung des Konkurses von seiner Zahlungsverpflichtung entbunden sei, zumal da er von der hier fraglichen Forderung nichts gewußt habe, auch von seinem derzeitigen Konkursverwalter nicht davon in Kenntnis gesetzt worden sei.

Es lag kein Anlaß vor, der angefochtenen Entscheidung entgegenzutreten, da sie die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigt. Auch die Ausführungen der Beschwerdeschrift waren nicht geeignet, die Gründe der angefochtenen Entscheidung zu entkräften. Es sei hierbei besonders auf die durchaus zutreffende Ausführung der Vorinstanz hingewiesen, daß K. zu Unrecht annehme, durch das Konkursverfahren seiner Zahlungsverpflichtung enthoben worden zu sein. Die hier fragliche Forderung ist ordnungsgemäß angemeldet, und es ist unerheblich, ob K. selbst hiervon Kenntnis erhalten hat, da er von seinem Konkursverwalter vertreten wurde. Im übrigen konnte nach gesetzlicher Vorschrift nach Einstellung des Konkursverfahrens der Vorstand der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte als nicht befriedigter Gläubiger seine Forderung gegen K. unbeschränkt geltend machen. Es war somit der angefochtenen Beschwerde der Erfolg zu versagen.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Muß die vorzeitige Entlassung des Handlungsgehilfen sofort erfolgen oder kann sie für den Monatsschluß ausgesprochen werden, wenn wichtige Gründe die vorzeitige Entlassung rechtfertigen? HGB. § 70.

Urteil des **Landgerichts Breslau** vom 16. April 1912.

Der Kläger war Reisender bei der Beklagten. Der Vertrag war auf ein Jahr bis zum 28. Februar 1911 geschlossen. Am 8. September 1910 kündigte die Beklagte dem Kläger zum 30. September 1910. Der Kläger hat der Entlassung widersprochen und Fortzahlung des Gehalts gefordert.

Die Beklagte ist vom Kaufmannsgericht mit der Begründung zur Zahlung verurteilt worden:

Die Entlassung war unzulässig. Das Handelsgesetzbuch kennt ein Recht der sofortigen Entlassung nur in dem Sinne, daß das Vertragsverhältnis alsbald nach Eintritt wichtiger Gründe wirklich gelöst wird. Es kann sich hierbei immer nur um Stunden oder allerhöchstens einzelne Tage handeln. Der Gesichtspunkt, unter welchem die sofortige Lösung des Vertrages der einen Partei gestattet wird, ist der, daß ihr unter den obwaltenden Umständen nicht zugemutet werden kann, das Vertragsverhältnis mit dem Gegner noch länger fortzusetzen. Setzt ein Vertragsteil das Dienstverhältnis, wie hier, noch längere Zeit fort, so können die Gründe, welche die Lösung des Dienstverhältnisses herbeiführen sollten, nicht derartig gewichtig gewesen sein, daß die sofortige Lösung berechtigt erscheint.

Selbst wenn aber die Beklagte den Kläger wirklich sofort entlassen hätte, so wäre die Entlassung ungerechtfertigt gewesen. Denn die Beklagte hat wichtige Gründe im Sinne des Gesetzes nicht nachgewiesen. Die Zeugen haben nicht bestätigt, daß der Kläger außer für die Beklagte auch nicht für andere Geschäfte tätig gewesen ist usw.

Auf die Berufung der Beklagten wurde die Klage abgewiesen. Gründe:

Der vom Kläger erhobene Zahlungsanspruch ist schlüssig, die ihm zugrunde liegenden Tatsachen sind unstreitig. Es unterliegt keinem Bedenken, daß ein Dienstherr, der berechtigt ist, aus einem wichtigen Grunde das Dienstverhältnis sofort durch Kündigung zu lösen, diese Kündigung auch zu Ende des Monats aussprechen darf. Denn die Rechte des Angestellten werden dadurch nicht verletzt, im Gegenteil werden oft Geschäftsherren dies im Interesse der Angestellten tun, andererseits wird dadurch, daß der Angestellte noch kurze Zeit tätig ist, häufig ein Schaden abgewendet, der sonst

Digitized by Google

entstehen würde und für den der Angestellte ersatzpflichtig wäre. Diese Einwendung des Beklagten ist in der zweiten Instanz genauer substanziiert worden als in der ersten Instanz. Die neuen Behauptungen reichen zweifellos aus. Schon der Umstand allein, daß der Kläger ein eigenes Kohlengeschäft errichtet hat, verstößt in gröblichster Weise gegen den Vertrag, der dem Kläger jede Nebentätigkeit verbot. Die Parteibehauptungen und die Beweisaufnahme erster Instanz haben sich auf die Errichtung des Kohlengeschäfts nicht bezogen. (Gew.- u. Kaufm.-Gericht.)

Strafbare Wahlfälschung.

Entscheidung des **Reichsgerichts**, 1. Strafsenats, vom 21. Oktober 1912.

Der Beschwerdeführer hat den Mitangeklagten H. bewogen, bei der Reichstagswahl unter dem Namen eines in die Wahlliste eingetragenen Dritten das Wahlrecht auszuüben. Er ist mit ihm in dem Wahllokal erschienen und hat dort den Mitangeklagten H. als den als Wähler eingetragenen Dritten vorgestellt, der dann auch seinen Wahlzettel abgegeben hat. § 108 Abs. 2 StGB. richtet sich nicht ausschließlich gegen eine Person, welche selbst als Wähler auftritt und durch Abgabe eines Stimmzettels bei der Wahl tätig wird, sondern gegen einen jeden, dem nicht die im § 108 Abs. 1 bezeichnete Eigenschaft zukommt. Da die Angeklagten in bewußtem und gewolltem Zusammenwirken das unrichtige Ergebnis der Wahl herbeigeführt haben, waren sie also Mittäter, nicht etwa H. Alleintäter und der Beschwerdeführer nur Anstifter oder Gehilfe.

(„Das Recht", 1912, Entsch. Nr. 3434.)

Anmerkung: Die Entscheidung geht auch die Versicherungsträger an, da auch die Wahlen zu ihren Organen „öffentliche Angelegenheiten" sind und unter dem Schutze des § 108 StrGB. stehen. Vgl. Entscheidung des Reichsgerichts in Arb.-Versorgg. 1908 S. 633.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

(E.) Zur Reform der Arbeiterversicherungsgesetze in Ungarn.

Der Gesetzentwurf, mit dem die Bestimmungen über die Invaliden- und Unfallversicherung in Ungarn ergänzt wurden, ist von den Kammern angenommen worden. Dieses sich an das frühere Recht anschließende Gesetz ist am 1. März 1912 in Kraft getreten. Zur Erleichterung seiner Durchführung hat der landwirtschaftliche Minister zwei Verordnungen erlassen, die er sämtlichen Grafschaften und Kommunen des Königreiches zustellen ließ.

Eine der letzten Nummern des „Bulletin des Institutions Economiques et Sociales" enthält in großen Zügen eine Uebersicht der hauptsächlichsten Bestimmungen dieses Gesetzes, ebenso wie über die beiden genannten Ausführungsbestimmungen.

Was die landwirtschaftliche Unfallversicherung betrifft, so dehnt das neue Gesetz den Kreis der Zwangsversicherten nicht über den Stand der Gesetze von 1900 und 1902 aus, welche sich auf die landwirtschaftlichen Dienstboten und die mit der Bedienung landwirtschaftlicher Maschinen betrauten Personen erstreckten. Es gibt jedoch Erläuterungen für den Sinn gewisser Bestimmungen, die Zweifel und Unstimmigkeiten hervorgerufen hatten.

So bestimmte es z. B., daß der Eigentümer einer landwirtschaftlichen Maschine nicht nur verpflichtet ist, die dieselben bedienenden Arbeiter dann zu versichern, wenn er die Maschinen in seinem eigenen Betriebe verwendet, sondern auch dann, wenn er als Unternehmer dieselben bei dritten Personen arbeiten läßt. Eine Ausnahme machen nur die im Besitze eines besonderen Diploms befindlichen Mechaniker, welche nicht den Bestimmungen der landwirtschaftlichen, sondern denen der industriellen Unfallversicherung unterliegen.

Um den Zuwiderhandlungen gegen die Bestimmungen des landwirtschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes entgegenzutreten, wurden im Gesetze eine Reihe von schweren Strafbestimmungen aufgenommen. Die Eigentümer und Verleiher von landwirtschaftlichen Maschinen, die ihre Dienstboten und Arbeiter nicht versichern, verfallen künftig einer Geldstrafe von 100—200 Kronen. Daneben wird die Durchführung der Versicherung auch noch durch strafrechtliche Bestimmungen gesichert.

Eine fernere wichtige Neuerung, aber mehr im verschlechternden Sinne, haben die bisherigen Bestimmungen in folgenden Punkten erfahren:

Nach dem neuen Gesetze werden den Unternehmern im Falle einer durch Unfall hervorgerufenen Invalidität die dem Verletzten als Unterstützung gewahrten Beträge nicht mehr vom ersten, sondern erst vom fünften Tage nach dem Unfall an zurückerstattet. Man beabsichtigt auf diese Weise, Unfälle von geringer Bedeutung von der Versicherung auszusondern.

Die Invaliden- und Altersversicherung ist nicht obligatorisch gemacht worden, sie ist vielmehr freiwillig und ihre Durchführung ist der nationalen, von dem Staate beaufsichtigten und subventionierten Versicherungskasse für landwirtschaftliche Dienstboten und Arbeiter übertragen worden.

Alle Arbeiter, die das 16. Lebensjahr vollendet haben und die aus der landwirtschaftlichen Arbeit ihre Haupteinnahmequelle ziehen, können sich ohne Unterschied des Geschlechts bei dieser Kasse versichern. Die Aufnahmegebühr beträgt 1 Krone, der jährlich im voraus zu entrichtende Beitrag 10 Kronen.

Die hauptsächlichsten Bestimmungen des neuen Gesetzes, die vornehmlich dahin zielen, der Kasse durch Ausdehnung der Zahl der Versicherten einen größeren Wirkungskreis zu schaffen, sind die folgenden: Nach dem früheren System konnten Personen, die das 35. Lebensjahr überschritten hatten, nicht als Mitglieder aufgenommen werden. Gegenwärtig besteht diese Altersgrenze nicht mehr. Zweitens garantiert das Gesetz eine Invalidenrente, indem es erklärt, daß der Versicherte, wenn er nach zehnjähriger regelmäßiger Leistung seiner Jahresbeiträge invalid wird, Anrecht auf eine Pension haben soll, die zwischen 60 und 240 Kronen schwankt. Schließlich besteht ein weiterer Unterschied zwischen diesem Gesetz und dem vorhergehenden darin, daß es auch eine Altersrente zusichert, indem es bestimmt, daß, wenn der Versicherte nach mindestens zehnjähriger regelmäßiger Beitragsleistung das 65. Lebensjahr erreicht, er selbst für den

Digitized by Google

Fall, daß er noch arbeitsfähig ist, Anrecht auf eine lebenslängliche Altersrente haben soll. Der Betrag dieser Altersrente ist um so höher, je mehr Jahre lang der Versicherte seine Beiträge geleistet hat.

(Kl.) Die Knappschaftsberufsgenossenschaft.

Die Knappschaftsberufsgenossenschaft ist hinsichtlich der Zahl der versicherten Personen die weitaus umfangreichste Berufsgenossenschaft. Ihre Geschäftsergebnisse verdienen deshalb schon aus diesem Grunde Interesse.

Nach ihrem Bericht auf das Jahr 1911 zählte sie in 2008 Betrieben 838274 Versicherte gegen 1937 bzw. 825777 im Jahre 1910. Die gezahlten Löhne betragen jährlich ca. 1120 Mill. M. Insgesamt wurden im Jahre 1911 = 114669 Personen durch Unfälle verletzt. Diese Zahl der gemeldeten Unfälle ist gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Auf 1000 Versicherte kamen 1910 = 135,20 Unfälle, 1911 aber 136,79. Die Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle betrug im Berichtsjahr 12213 gegen 12155 im Jahre 1910. Die Zahl der entschädigungspflichtigen Unfälle stieg von 2267 oder 6,60 pro 1000 Versicherte im Jahre 1886 auf 12213 oder 14,57 pro 1000 Versicherte im Jahre 1911. Im Jahre 1911 betrug die Zahl der tödlichen Unfälle 1689 gegen 1571 im Vorjahr, oder 1911 kommen auf 1000 versicherte Personen 2,01 tödliche Unfälle gegen 1,90 im Vorjahr. Massenunfälle, das sind solche, bei denen zehn oder mehr Personen verletzt wurden, sind im Jahre 1911 vier zu verzeichnen, bei denen 24 Personen getötet und 61 Personen verletzt wurden.

Von der Gesamtzahl der Verletzten wurden 58 völlig dauernd erwerbsunfähig, 2849 teilweise dauernd erwerbsunfähig und 7618 vorübergehend erwerbsunfähig erklärt. Der Bericht gibt auch über die Ursachen der Unfälle Auskunft.

Von den entschädigungspflichtigen Unfällen sind durch

die Gefährlichkeit des Betriebes an sich	8494	= 69,55
Mängel des Betriebes im besonderen	129	= 1,06
Schuld der Mitarbeiter	472	= 3,86
Schuld der Verletzten selbst	3118	= 25,53

herbeigeführt. Erfreulich ist, daß die Prozentziffer der durch die Schuld der Mitarbeiter und der Verletzten selbst herbeigeführten Unfälle zurückgegangen ist. Dagegen ist die Ziffer der durch „unvermeidliche Betriebsgefahr" herbeigeführten Unfälle gegen das Vorjahr gestiegen. Hierbei sei darauf hingewiesen, daß die Entscheidung der Frage, auf welche Ursache ein Unfall zurückzuführen ist, von der Berufsgenossenschaft getroffen ist.

Die Uebersicht über die Zeit der Unfälle ergibt folgendes. Es kommen Unfälle auf den

Sonntag	Montag	Dienstag	Mittwoch
2314	17790	19391	18786
Donnerstag	**Freitag**	**Sonnabend**	
18595	18381	19412	

Danach steht der Sonnabend an erster Stelle mit der höchsten Unfallziffer, dann folgt der Dienstag an zweiter Stelle. Diese Erscheinung vermag der Bericht nicht zu erklären. Daß der Dienstag die hohe Unfallziffer aufweist, erklärt er wie folgt: „. . . Der Sonntag und der Montag werden nach den Berichten der Bergrevierbeamten durch viele Bergleute in unsolider Weise als Feiertage benutzt, die den Körper und Geist mehr anstrengen wie die Berufsarbeit."

Die Einnahme der Genossenschaft an Umlagen betrug ca. 33 Mill. M., der Reservefonds rund 62 Mill. M.

Zu diesen günstigen Ergebnissen sagt der Bericht u. a.:

„Auch ist eine Erhöhung der Witwen- und Waisenrenten insofern in den Bereich der Möglichkeit gerückt worden, als auf Grund des § 232 der abgeänderten Satzung zunächst nach Ablauf von drei Jahren und sodann fortlaufend alle fünf Jahre eine versicherungstechnische Bilanz aufzustellen ist und für den Fall, daß diese bei Forterhebung der bisherigen Beträge einen Ueberschuß ergibt, neu zu zahlende Witwen- und Waisenrenten diesem Ueberschuß entsprechend erhöht werden müssen."

An anderer Stelle sagt der Bericht:

„Die Leistungen unserer Kasse auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung weisen nunmehr nicht nur dieselbe Höhe wie die reichsgesetzlichen Leistungen auf, sondern gehen über diese in einer Reihe von Punkten noch wesentlich hinaus. Neu aufgenommen haben wir die Kinderzuschüsse zur Invalidenrente (§ 1291 RVO.), die Reichszuschüsse zu den Witwen- und Waisenrenten, die Gleichstellung bedürftiger, von Verstorbenen ganz oder überwiegend unterhaltener Enkel mit den Kindern sowie die Waisenaussteuer. Nach wie vor wird von uns nicht nur, wie dieses in der Reichsversicherungsordnung vorgesehen ist, der selbst invaliden Witwe, sondern, soweit die sonstigen Vorbedingungen erfüllt sind, jeder Witwe ohne Rücksicht auf ihren körperlichen oder geistigen Zustand eine Witwenrente gewährt. — Auch lassen wir über die Leistungen der Reichsversicherungsordnung hinaus allen im Genusse einer Rente befindlichen Witwen im Falle einer Wiederverheiratung eine Abfindung in Höhe des dreifachen Betrages ihrer Witwenrente zuteil werden. Die von uns zur Auszahlung gebrachten Waisenrenten sind immer, die Witwenrenten nahezu immer wesentlich höher als die entsprechenden reichsgesetzlichen Leistungen."

(S K.) Zögerndes Verhalten der Berufsgenossenschaft bei Anordnung von Sicherungsmaßregeln befreit die Mitglieder von der eignen Verantwortlichkeit.

In dem Betriebe des Beklagten, des Schreinermeisters J. in Stuttgart, war am 26. Januar 1910 ein Arbeiter dadurch verunglückt, daß ihm bei der Bedienung einer Anrichthobelmaschine die Finger der einen Hand abgeschnitten worden waren. Der Arbeiter war auf dem Fußboden ausgerutscht, und so war der Unfall geschehen. Die Südwestdeutsche Holzberufsgenossenschaft behauptete, der Unfall wäre nicht möglich gewesen, wenn die Hobelmaschine an Stelle einer Vierkantwelle eine sog. Rundwelle gehabt hätte, denn dann hätte der Arbeiter nicht mit der ganzen Hand in die Messer der Maschine geraten können, sondern höchstens mit den Fingerspitzen. Seit Jahr und Tag schon habe die Genossenschaft ihren Mitgliedern anempfohlen gehabt, nur noch die sog. Rundwelle zu verwenden, eine Neuerung, deren Anschaffung nur etwa 100 M. Kosten verursacht haben würde. Es bedeute eine Verletzung der ihm obliegenden Gewerbepflicht, wenn J. alle diese Ratschläge nicht beachtet habe; und dieses Verschulden berechtige die Genossenschaft, nach § 136 GUVG. von ihm alle Aufwendungen ersetzt zu verlangen, die für den verunglückten Arbeiter gemacht werden müßten. Gegen J. hatte auch ein strafgerichtliches Verfahren geschwebt, das aber, auf seine Berufung beim Oberlandesgericht Stuttgart mit Freisprechung geendet hatte. J. wendete darum ein, daß deshalb auch eine zivilrechtliche Schadensersatzklage gegen ihn unmöglich sei. Die Berufsgenossenschaft habe niemals die Einführung der sog. Rundwelle direkt angeordnet, sondern nur anempfohlen. In Fachkreisen sei man lange Zeit über die Vorzüge der Rundwelle geteilter Meinung gewesen, vor allem wegen des mangelhaften Auswurfes der Hobelspäne. Das erste Rundschreiben, in welchem die Berufsgenossenschaft ihren Mitgliedern Rundwellen zu gewissen Rabattpreisen an-

Digitized by Google

geboten hatte, behauptete J. überhaupt nicht gelesen zu haben. Ein zweites Rundschreiben, in welchem die Genossenschaft schon eine dringendere Sprache geführt und die Rundwelle auch für kombinierte Maschinen bei Strafandrohung angeordnet hatte, habe er, so machte J. weiter geltend, zwar am 15. Dezember 1909 erhalten. Am Tage zuvor sei aber sein Betrieb von der Gewerbeinspektion revidiert worden, ohne daß wegen der Verwendung der Vierkantwelle Anstände gemacht worden seien. Das habe ihn beruhigt, wenngleich er schon damals beabsichtigt gehabt habe, zur Rundwelle überzugehen, zuvor aber erst die alten Messer zu verbrauchen. Nach dem am 26. Januar 1910 im Betriebe des J. erfolgten Unfalle hat die Berufsgenossenschaft die Rundwelle ausdrücklich befohlen und die Verwendung von Vierkantwellen untersagt. Landgericht und Oberlandesgericht Stuttgart hatten den beklagten Schreinermeister verurteilt. Der Umstand, so wurde in den Urteilen ausgeführt, daß J. im strafgerichtlichen Verfahren freigesprochen worden sei, stehe nach § 137 GUVG. der zivilrechtlichen Klage nicht entgegen. Auch der ursächliche Zusammenhang werde von J. zu unrecht bestritten, denn es stehe fest, daß ein solcher Unfall bei Verwendung einer Rundwelle nicht möglich gewesen sei. Bei dem nachdrücklichen Bestreben der Genossenschaft, die Vierkantwelle abzuschaffen, müsse man direkt eine Außerachtlassung der dem J. obliegenden Gewerbepflicht annehmen, wenn er sich hartnäckig geweigert habe, die Neuerung anzuschaffen, daß die Natur seines Betriebes dies verboten habe, habe J. selbst nicht behaupten können. Durch Anfragen bei Kollegen, die die Rundwelle bereits besaßen, habe J. keineswegs das Maß gewerblicher Sorgfalt erfüllt, das von ihm billigerweise habe verlangt werden dürfen. Nun habe zwar die Berufsgenossenschaft die Einführung der Rundwelle nicht direkt befohlen, wozu sie an sich befugt gewesen wäre. Sie habe aber die Nachteile der Vierkantwelle ihren Mitgliedern stets so nachdrücklich und anschaulich vor Augen geführt, daß man annehmen müsse, sie habe offenbar damit das zu erreichen versucht, was zu befehlen sie befugt gewesen sei. Die Genossenschaft habe ihre Bitte um Einführung der Rundwelle sogar mit Strafandrohungen unterstützt. Das komme doch wohl einem direkten Gebote gleich. Nach alledem habe J. nicht das Maß von Sorgfalt erfüllt, daß von ihm auf Grund seines Gewerbes habe verlangt werden dürfen. Auf die Revision des Beklagten hob jedoch das Reichsgericht das Berufungsurteil auf und wies die Berufsgenossenschaft mit ihrer Ersatzklage ab. Die Abweisung rechtfertige sich vor allem durch das Verhalten der Berufsgenossenschaft selbst, die selbst immer davon Abstand genommen habe, die Rundwelle direkt vorzuschreiben. Wenn die Berufsgenossenschaft selbst dies nicht für nötig befunden habe, so habe auch der Beklagte seinerseits keine Gewerbepflicht verletzt.

Wann sind Unterleibsbrüche auf einen Unfall im Betriebe zurückzuführen?

Von Professor Dr. Bier.

„Es muß zugegeben werden, daß Unterleibsbrüche durch Unfall entstehen können. Doch ist dies Ereignis außerordentlich selten. Bis auf ganz geringe Ausnahmen entwickelt sich der Bruch ganz allmählich und ist, ehe er zutage tritt, lange vorbereitet.

Der Unfallbruch tritt in zwei verschiedenen Formen auf:

I. Durch eine schwere äußere Gewalt sind die Bauchdecken zerrissen. Aus der neugebildeten Pforte kann ein Bruch austreten. Diese Zerreißung und Bruchbildung kann an den verschiedensten Stellen des Leibes auftreten, auch an solchen, an denen die typischen Bruchformen nicht vorkommen. Doch kann die Verletzung auch die bekannten Bauchgegenden betreffen, die um so leichter zerreißen, als es sich hier um schwache Stellen der Bauchwand handelt.

Die Erkenntnis dieser Art von Unfallbrüchen ist leicht. Immer haben schwere Gewalten eingewirkt, die den Verletzten sofort arbeitsunfähig machen. Die unverkennbaren Erscheinungen, insbesondere Blutergüsse, lassen keinen Zweifel über den Zusammenhang aufkommen. Die Entschädigungspflicht in diesen Fällen ist selbstverständlich.

II. Der Bruch entsteht durch eine „innere Gewalt", im wesentlichen durch Erhöhung der Bauchpresse. Der Unfall besteht in der Regel in „Verheben" oder in einer anderen ungewöhnlichen Kraftanstrengung. Diese Form der Brüche ist die für die Unfallversicherung praktisch wichtige, da die richtige Entscheidung auf so große Schwierigkeiten stößt, wie auf kaum einem anderen Gebiete des Unfallwesens. Hier sind zwei Unterabteilungen zu unterscheiden.

1. Zur Zeit des Unfalls bestand noch kein Bruchsack, und mit dem Eingeweide wurde das Bauchfell vorgedrängt. Ein solcher Bruch ist nur durch Zerreißung von Muskel-, Sehnen- und Faszienge webe möglich. Eine Verletzung solcher Teile bei Brüchen, die angeblich durch Unfall entstanden sein sollen, scheint aber noch niemals einwandfrei nachgewiesen zu sein. Also muß diese Form des Unfallbruchs zum mindesten ganz außerordentlich selten sein.

2. Schon vor dem Unfall bestand ein leerer Bruchsack, also eine angeborene Anlage für die Entstehung eines Bruches. Durch eine starke Erhöhung der Bauchpresse wurde in den bisher leeren Bruchsack das Eingeweide hineingepreßt. Sicher hätte die große Mehrzahl dieser Kranken ihren Bruch später auch ohne Unfall bekommen, aber man muß die Möglichkeit zugeben, daß ohne den Unfall vielleicht niemals Eingeweide in den Bruchsack vorgefallen wären, und deshalb die Entschädigungspflicht in diesen Fällen anerkennen.

Immerhin ist auch diese Form des „Unfallbruchs" sehr selten und für seine Anerkennung ist zu fordern:

a) Es muß ein unzweifelhafter Unfall im Sinne des Gesetzes vorliegen, und die Erhebung der Vorgeschichte muß ergeben, daß dieser Unfall imstande ist, eine starke Erhöhung der Bauchpresse zu verursachen.

b) Große Schmerzen müssen den Bruchkranken zum mindesten zwingen, sofort die Arbeit einzustellen. In der Regel wird er wohl in solchen Fällen sofort den Arzt aufsuchen. Wichtiger als die Schmerzen, die simuliert sein können, sind plötzlich eintretende Blässe, Ohnmachtsanwandlungen, Kleinheit und Beschleunigung des Pulses. Fehlen diese Erscheinungen, so war der Bruch zum mindesten vorbereitet und wäre sehr bald später auch ohne Unfall entstanden.

c) Der Bruch darf nur klein, höchstens hühnereigroß sein. Er darf nicht von selbst zurückgehen, sich nicht leicht zurückbringen lassen und, wenn dieses geschehen ist, nicht leicht wieder erscheinen.

d) Sicher entschädigungspflichtig ist ein kleiner Bruch, der sich sofort einklemmt.

e) Beträchtliche Größe und Beweglichkeit des Bruches sprechen sicher, gleichzeitiges Bestehen eines oder mehrerer anderer Brüche wahrscheinlich gegen die Entstehung des Bruches durch den Unfall.

f) Die Ansicht, daß eine kurz vorhergegangene ärztliche Untersuchung, die das Nichtvorhandensein von Brüchen feststellt, sicher für einen „Unfallbruch"

Digitized by Google

spreche, ist unrichtig. Denn häufig verschwinden Brüche auf längere Zeit und kehren dann wieder.

Eine weitere wichtige Frage ist es, ob ein bestehender Bruch durch einen Unfall mit einem Rucke vergrößert und verschlimmert werden kann. Diese Möglichkeit ist nur dann zuzugeben, wenn deutliche Spuren einer Verletzung am Bruche nachzuweisen sind.

Aber auch von den verschwindend wenigen Brüchen, die bei der Anlegung des geschilderten Maßstabs als durch Unfall entstanden angesehen werden können, wird sicherlich die große Mehrzahl mit Unrecht entschädigt. Denn das einzig sichere Zeichen des „Unfallbruchs", die Spuren einer stattgehabten Verletzung, sind nur in ganz seltenen Fällen nachzuweisen, und alle anderen Zeichen sind sehr unsicher.

Zweifellos handeln neben der Menge der Simulanten viele im besten Glauben, wenn sie ihren Bruch auf einen Unfall zurückführen. Denn bei den Laien ist der Glaube an eine gewaltsame Entstehung der Brüche tief eingewurzelt, zumal zuzugeben ist, daß der „Unfall" häufig den Kranken unangenehme Empfindungen in einem Bruche hervorruft, von dessen Existenz sie früher keine Ahnung hatten. Die ärztliche Erfahrung kann diese Auffassung nicht bestätigen. Deshalb ist es durchaus zu empfehlen, daß die zuständigen Behörden in der Anerkennung des „Unfallbruchs" die größte Zurückhaltung walten lassen." (Kompaß.)

(Kl.) Von der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt.

Dem Bericht der genannten Versicherungsanstalt auf das Jahr 1911 entnehmen wir, daß nach der in der vorjährigen Ausschußsitzung beschlossenen neuen Satzung in Zukunft je zwei Vertreter der Versicherten und der Unternehmer dem Vorstande angehören sollen. Bisher war es nur je einer. An Stelle der bisherigen Schiedsgerichte sind die nach der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Oberversicherungsämter in Dessau, Erfurt, Magdeburg und Merseburg inzwischen in Kraft getreten.

In die Rentenlisten gelangten im Jahre 1911 neu zur Eintragung 878 Altersrenten, 6140 Invalidenrenten, 746 Krankenrenten, insgesamt also 7764 Renten. Dafür kamen aber auch zusammen 6799 Renten in Wegfall. Beitragserstattungen fanden 11192 statt. Quittungskarten wurden 801778 umgetauscht; davon gehörten der Versicherungsanstalt Sachsen-Anhalt 695731 an. Auf die Zwangsversicherung entfielen hiervon wieder 694444 und auf die Selbstversicherung 1287. Von der letzteren wird somit im allgemeinen noch wenig Gebrauch gemacht.

Der durchschnittliche Rentenbetrag betrug für einen Altersrentner 151,62 M., für einen Invalidenrentner 153,77 M. und für einen Krankenrentner 169,62 M. Während vom Jahre 1898 ab die Steigerung der Zahl der Invaliden- und Krankenrenten bis 1903 anhielt, trat von da ab ein erheblicher Rückgang ein. Derselbe belief sich im Jahre 1904 auf 13,83 %, 1905 auf 16,50 % und 1906 auf 10,33 % gegen das Vorjahr. Von da ab gestaltete sich das Verhältnis wie folgt:

1907	eine	Zunahme von	4,77 %
1908	„	„ „	4,31 %
1909	„	Abnahme „	7,20 %
1910	„	Zunahme „	8,38 %
1911	„	„ „	5,35 %

Das durchschnittliche Lebensalter der Rentenempfänger stellte sich bei den 1911 in Zugang gekommenen Altersrentnern auf 70,07, Invalidenrentnern auf 59,08 und Krankenrentnern auf 44,94 Jahre im Jahre des Beginns der Rente.

Anträge auf Uebernahme eines Heilverfahrens wurden 5352 gestellt. Das ist gegenüber dem Vorjahr eine Zunahme von 13 %. In 3348 Fällen wurde das Heilverfahren übernommen, das ist in 62,6 % der gestellten Anträge. Die insgesamt für Heilzwecke aufgewendeten Kosten beliefen sich auf 1011309 M. In Invalidenhauspflege befanden sich Ende 1911 insgesamt 115 Personen.

Für die vorbeugende Krankenfürsorge, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Trunksucht, an Fürsorgestellen für Lungenkranke, für die Gemeindekrankenpflege, Walderholungsstätten usw. wurden entsprechende jährliche Beihilfen bewilligt. An Arbeiterwohlfahrtsdarlehen sind im Berichtsjahre 1025000 M. gezahlt worden. Bis Ende 1911 wurden für den Familienwohnungsbau insgesamt 8776220 M. ausgegeben. Das Vermögen der Anstalt stieg von ca. 88 Mill. M. im Jahre 1910 auf ca. 93 Mill. M. im Jahre 1911.

Der Verwaltungsbereich der Versicherungsanstalt erstreckt sich über die Provinz Sachsen und das Herzogtum Anhalt mit einem Gesamtflächeninhalt von 27538,5 qkm. Die Bevölkerung in diesem Gebiet beträgt nach dem vorläufigen Ergebnis der Volkszählung am 1. Dezember 1910: 3419825 Personen, von denen nach der Gewerbezählung am 1. Dezember 1907: 715914 zu den nach dem Invalidenversicherungsgesetz Versicherten gehören. Im Jahre 1895 betrug die Zahl der versicherungspflichtigen Personen 633066.

Die Ueberwachung der Rentenempfänger geschieht in folgender Weise:

a) Auf jedesmalige besondere Verfügung werden diejenigen Rentenempfänger kontrolliert, bei denen nach ärztlichem Ermessen eine Besserung innerhalb einer kürzeren Frist möglich oder wahrscheinlich ist. Je nach Lage des Falles erfolgt sofort ärztliche Nachuntersuchung oder zunächst Feststellung der Verhältnisse durch die Kontrollbeamten.

b) In regelmäßigen Zeiträumen von 1—2 Jahren werden kontrolliert alle in den Bezirk einer andern Versicherungsanstalt verzogenen Rentenempfänger und solche Rentenempfänger, die an bestimmten Krankheiten leiden, bei denen erfahrungsgemäß auch noch nach längerer Zeit häufig Besserung eintritt, oder bei denen wegen Schwierigkeit der Diagnose leicht Irrtümer in der Bewertung der Arbeitsfähigkeit vorkommen, wie Herzleiden, Lungentuberkulose, Krebs, Rückenmarksleiden.

c) Regelmäßig alle 3 Jahre werden ferner sämtliche übrigen Rentenempfänger bis zum 60. Jahre kontrolliert. Zu diesem Zwecke ist der Bezirk der Versicherungsanstalt in drei Teile geteilt, von denen in jedem Jahr einer der Kontrolle unterworfen wird. Diese geschieht durch die Kontrollbeamten gelegentlich der örtlichen Revisionen. In den Städten Magdeburg, Halle, Erfurt und Halberstadt wird diese Kontrolle auf besonderen Auftrag durch Sekretäre der Hauptverwaltung ausgeübt.

d) Von Zeit zu Zeit wird in den Kreisen und Städten, in denen die Zahl der laufenden Renten den Durchschnitt erheblich übersteigt, eine außerordentliche Kontrolle der Rentenempfänger bis zu 60 Jahren vorgenommen. Sie besteht in Untersuchung der Rentenempfänger durch den zuständigen Kreisarzt und daran anschließender Verhandlung vor der unteren Verwaltungsbehörde, an der auch der zuständige Kontrollbeamte und ein Mitglied unseres Vorstandes teilnehmen. Bis jetzt sind auf diese Weise 5 Landkreise revidiert worden.

(B.) Die Alters- und Invalidenversorgung im australischen Staatenbunde im Jahre 1910/11.

Das „Official Year Book of the Commonwealth of Australia" Nr. 5, veröffentlicht in einem besonderen Abschnitt die Ergebnisse des Altersversicherungsgesetzes

Digitized by Google

vom Jahre 1908, woraus zu entnehmen ist, daß bis zum 30. Juni 1910 76186 Fälle vorlagen. Davon waren in 39875 Fällen die Pensionen schon zugesprochen worden, während 36293 im Laufe des Jahres neu hinzugekommen sind. Von der letzteren Zahl wurden bis zum 30. Juni 1910 30526 als pensionsberechtigt erkannt, 3921 abgewiesen, während 1846 Fälle am Schlusse dieses ersten Berichtsjahres noch nicht erledigt waren. Im Laufe des zweiten Berichtsjahres 1910/11 sind nun 20260 Fälle neu zugewachsen, so daß sich als Gesamtbild des Altersversorgungsgeschäftes folgendes ergibt:

Staat	Zahl der Ansuchen im Jahre 1910/11				Zahl der Ansuchen seit Wirksamkeit	Zuerkannte Pensionen seit Wirksamkeit
	zuerkannt	abgewiesen	noch nicht erledigt	Gesamtzahl		
Neu-Südwales . . .	5 417	951	588	6 986	35 866	32 468
Viktoria	5 730	663	466	6 859	30 426	27 627
Queensland	2 103	459	166	2 728	12 601	11 302
Südaustralien . . .	1 476	31	109	1 616	8 706	7 807
Westaustralien . . .	797	56	38	891	3 883	3 312
Tasmanien . . .	912	116	152	1 180	4 946	4 350
Australien zusammen	16 465	2 276	1 519	20 260	96 428	86 866

Die Gesamtzahl der laufenden Alterspensionen belief sich am 30. Juni 1911 auf 75502, oder um 10169 Fälle weniger als sich aus der Zahl der überhaupt resultierenden Fälle ergibt, was auf die Ausscheidung von 10169 Fällen durch Ableben der Pensionisten und von 1195 Fällen durch Streichung aus anderen Gründen zurückzuführen ist.

Von den 75502 Pensionsbeziehern des Jahres 1910/11 waren 34811 (46%) männlichen und 40691 (54%) weiblichen Geschlechts; auf je 1000 der Bevölkerungsziffer kamen im australischen Staatenbunde 17,06 Alterspensionisten zu stehen.

Interessante Einzelheiten ergeben sich aus dem Jahrbuch auch über die Altersgruppen der Alterspensionisten. Danach befanden sich von den im Jahre 1910/11 neu hinzugekommenen Pensionisten 5636 im Alter von 60 bis 64 Jahren, 6499 in einem solchen von 65 bis 69 Jahren, 2463 von 70 bis 74, 1223 von 75 bis 79, 463 von 80 bis 84, 141 von 85 bis 89 Jahren; 34 waren gar 90 bis 94 Jahre alt und 6 95 bis 99 Jahre.

Das Invalidenversicherungsgeschäft umfaßte am 30. Juni 1911 insgesamt 9906 Fälle. Davon waren 3609 solche die nach Punkt 35 des Gesetzes übernommen wurden[1]), während 6297 Fälle neu zugewachsen sind. Von der letzteren Zahl wurden im Berichtsjahre 4164 zugesprochen, 1350 zurückgewiesen und 783 noch nicht der Erledigung zugeführt. Das gesamte Invalidenversicherungsgeschäft zum 30. Juni 1911 ergibt sich aus folgender Tabelle:

Staat	Uebernommene Fälle	Zahl der Ansuchen im Jahre 1910/11				Zahl der Ansuchen seit Wirksamkeit	Zuerkannte Pensionen seit Wirksamkeit
		zuerkannt	abgewiesen	noch nicht erledigt	Gesamtzahl		
Neu-Südwales . . .	3 498	565	408	334	1 307	4 805	4 063
Viktoria	111	2 123	508	177	2 808	2 919	2 234
Queensland	—	515	198	64	777	777	515
Südaustralien . . .	—	365	79	78	522	522	365
Westaustralien . . .	—	184	87	42	313	313	184
Tasmanien	—	412	70	88	570	570	412
Australien zusammen	3 609	4 164	1 350	783	6 297	9 906	7 773

Die Gesamtzahl der laufenden Invalidenpensionsfälle würde sich demnach auf 7773 belaufen, doch gelangten durch Todesfälle 226 und aus anderen Gründen 96 Fälle zur Ausscheidung, so daß am 30. Juni 1911 7451 pensionsberechtigte Invalide verblieben. Von dieser Zahl gehörten 3833 (51½%) dem männlichen Geschlecht und 3618 (48½%) dem weiblichen Geschlecht an; auf je 1000 der Bevölkerungsziffer entfielen 1,68 Alterspensionisten.

16 bis 19 Jahre waren alt 144 Pensionisten, 20 bis 29: 545, 30 bis 39: 597, 40 bis 49: 909, 50 bis 59: 1552, 60 bis 69: 345, 70 bis 79: 54 und 80 Jahre oder darüber waren 18 Bezieher von Invalidenpensionen.

Die Verwaltungskosten sowohl für die Alters- als auch für die Invalidenversicherung belief sich im Verwaltungsjahr 1910/11 auf 39244 Pfd. Sterling, das sind 2,10% der ausbezahlten Pensionsbeträge. Für die kommenden Jahre wird sich nach dem Jahrbuch noch eine Verringerung der Verwaltungsauslagen ermöglichen lassen. Der Gesamtbetrag der im Jahre 1910/11 ausbezahlten Alters- und Invalidenpensionen belief sich endlich noch auf 1868648 Pfd. Sterling.

[1]) Dies betrifft nur die zwei Staaten Neu-Südwales und Viktoria, die dem Gesetze durch eigene Staatsgesetze zuvorgekommen waren.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Versicherungspflicht eines Lehrlings.

1. Nach Köln. Antwort: Daß der Lehrling, wie der Arbeitgeber angibt, einstweilen nur auf vier Wochen „zur Probe" angenommen war, würde seine Versicherungspflicht nicht ausschließen (vgl. Arb.-Versorgg. 1910 S. 851 Ziff. 4), wenn er Lohn bezog. Ein ihm wöchentlich gezahlter Betrag von 3 M. würde als Lohn anzusehen sein, wenn der Lehrling auf diese Zahlung mit einiger Sicherheit rechnen konnte. Wenn es aber richtig ist, daß nach den Vereinbarungen zwischen seinem Vater und dem Arbeitgeber irgendein Lohn nicht zu zahlen war und daß der Arbeitgeber in der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses von nur drei Wochen jenen Betrag aus freien Stücken nur zur Anerkennung und Aufmunterung gezahlt hat, so ist die Zahlung als Geschenk und nicht als Lohn anzusehen, der Lehrling also nicht versicherungspflichtig. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 182e.

Folgen eines außerdienstlichen Unfalls als mittelbare Folgen eines älteren Betriebsunfalls.

2. Nach Düsseldorf. Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat in der Rekursentscheidung 874, Amtl. Nachr. 1890 S. 500 anerkannt, daß auch ein neuer, außerhalb des Betriebs sich ereignender Unfall mit seinen Folgen als mittelbare Folge eines vorangegangenen Betriebsunfalls in Betracht kommen kann. Indessen bedarf es in solchen Fällen einer besonders vorsichtigen Prüfung, ob wirklich nach Lage der Verhältnisse die durch den zweiten Unfall ausgelösten Schadensfolgen in ausreichendem ursachlichen Zusammenhange mit dem älteren Betriebsunfalle stehen, so daß von einer wesentlichen Mitwirkung des letzteren gesprochen werden kann (Handb. d. Unf.Vers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 250). So liegt der Fall auch hier. Es kommt darauf an, ob der außerhalb des Dienstes erlittene Faustschlag die eingetretenen schweren Folgen nicht hätte zeitigen können, wenn nicht noch infolge des früheren Betriebsunfalls krankhafte Verhältnisse (hier der Blutgefäße des Gehirns oder der Gehirnhaut) bestanden hätten. Hierüber wird der Arzt das entscheidende Wort zu sagen haben.

Vorbereitung der Feststellung von Leistungen der Invalidenversicherung durch das Versicherungsamt.

3. Nach Altena. Antwort: Spruch- und Beschlußausschuß werden nur für die entscheidende Tätigkeit des Versicherungsamts gebildet (§§ 56, 57 RVO.). Die §§ 1617 ff. betreffen aber eine bloß vorbereitende, mit einer bloßen Begutachtung abschließende Tätigkeit, zu der weder der Spruch- noch der Beschlußausschuß als solcher berufen ist, sondern der Vorsitzende hat die nach § 1618 zuzuziehenden Vertreter in einer nach seinem freien Ermessen zu bestimmenden Reihenfolge einzuberufen, sofern nicht das Oberversicherungsamt andere Bestimmung hierüber trifft (§§ 1620, 1602).

Krankengeld für den Unfalltag, wenn der Verletzte an diesem Tag einen Teil seines Lohnes verdient hatte.

4. Nach Goch. Antwort: Wer am Unfalltage noch seinen vollen Lohn verdient hatte, war an diesem Tage nicht erwerbsunfähig im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (Arb.-Versorgg. 1909 S. 101 Ziff. 6). Wurde er aber durch den Unfall arbeitsunfähig, nachdem er nur einige Stunden gearbeitet hatte, so bestand an diesem Tage teilweise Erwerbsunfähigkeit. Ob in solchem Falle Krankengeld zu zahlen ist, ist nach billiger Beurteilung der besonderen Umstände des einzelnen Falles zu entscheiden; war die Erwerbsfähigkeit nur um ein geringes beeinträchtigt, so wird das Krankengeld für diesen Tag zu versagen, war sie in erheblichem Maße verringert, so wird es zu gewähren sein. Insbesondere halten wir es der Regel nach für billig, dem Verletzten, der satzungsgemäß schon vom ersten Tage der Erwerbsunfähigkeit Krankengeld zu beanspruchen hat, dieses auch für den Unfalltag zu zahlen, wenn er infolge des Unfalls an diesem Tage nicht einmal den Betrag des Krankengeldes verdienen konnte.

Zulassung einer Ortskrankenkasse für Fabrikbetriebe gewisser Gewerbszweige.

5. Nach Schw. Antwort: Wir können Ihre Auffassung als richtig nicht anerkennen. Die Kasse besteht nicht für Gewerbszweige **und** Betriebsarten, sondern nur für eine einzige Betriebsart, nämlich für Fabrikbetriebe, wenngleich nicht für alle, sondern nur für gewisse nach allgemeinen Gesichtspunkten bezeichnete Betriebe dieser Betriebsart. Das ist keine Vermengung mit Gewerbszweigen, sondern nur eine Einschränkung der Betriebsart, die unbedenklich zulässig ist (vgl. Hahn Anm. 2a zu § 16 KVG.). Die im weiteren Inhalt des § 1 des Statuts bezeichneten Gewerbszweige haben nur die Bedeutung, daß die Fabrikbetriebe dieser Gewerbszweige der Kasse angehören. Die Kasse ist also zulassungsfähig, ohne daß es einer Aenderung der Satzung bedarf.

Eine Betriebskrankenkasse kann noch jetzt zu einem früheren Zeitpunkt als zum 1. Januar 1914 errichtet werden.

6. Nach Sonderburg. Antwort: Die Annahme, daß eine Betriebskrankenkasse vor dem 1. Januar 1914 nicht mehr errichtet werden könne, ist haltlos. Aus Art. 1 der Verordnung vom 5. Juli 1912 folgt nur, daß bei ihrer Errichtung schon jetzt die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu beachten sind. Eine solche Kasse muß aber, um vom 1. Januar 1914 ab weiter bestehen zu können, rechtzeitig (d. i. bis zum 31. Dezember 1912) ihre Zulassung nachsuchen. Dies ist es, was der preuß. Min.Erl. vom 15. Juli 1912 (Arb.-Versorgg. S. 513), durchaus im Einklange mit dem Gesetz, unter Ziff. 3 besagt.

Versicherungspflichtige sind der Kasse gegenüber nicht Schuldner der Beiträge.

7. Nach Hagen i. W. Antwort: Ihre Auffassung ist nicht begründet. Der § 53 KVG., auf den Sie sich beziehen (gemeint ist wohl Abs. 2), trifft nicht zu, weil er nur das Verhältnis des Versicherten zum Arbeitgeber, nicht zur Kasse regelt. Die Kasse kann sich wegen der Beitragsdifferenz überhaupt nicht an den Versicherten halten, ihm also auch keinen Abzug von der ihm gebührenden Krankengelddifferenz machen; denn Schuldner der Beiträge ist der Kasse gegenüber, falls es sich, wie wir annehmen, um einen Versicherungspflichtigen handelt, immer nur der Arbeitgeber, dem es überlassen bleibt, sich in den gesetzlichen Grenzen (§ 53) an den Versicherten zu halten.

Errichtung, Ausgestaltung und Zulassung von Ortskrankenkassen.

8. Nach X. Antwort: Das Ergebnis der Kreistagsverhandlung ist, infolge der Zurückziehung des Antrags auf Errichtung einer einzigen allgemeinen Ortskrankenkasse für den ganzen Kreis, rein negativ. Ein Beschluß ist nicht gefaßt, muß aber gemäß § 231 RVO. noch gefaßt und nach dem Min.Erl. vom 4. November 1912 (Arb.-Versorgg. S. 817) Ziff. I 3 durch Vermittlung des Versicherungsamts bis zum 1. Februar 1913

Digitized by Google

dem Oberversicherungsamt eingereicht werden, sonst hätte dieses die Errichtung der erforderlichen Kassen bis zum 1. April 1913 anzuordnen und, wenn auch bis dahin ein Kreistagsbeschluß nicht eingeht, die Errichtung selbst zu vollziehen (§§ 232, 233), also auch darüber nach freiem Ermessen zu entscheiden, ob für den Kreis eine oder mehrere Kassen zu errichten sind.

Das Ergebnis der Kreistagsverhandlungen läßt nun zwar darauf schließen, daß die Mehrheit der Kreistagsabgeordneten das Fortbestehen der vier Ortskrankenkassen als allgemeine Ortskrankenkassen wünscht. Allein solange ein positiver Beschluß in diesem Sinne nicht gefaßt ist, besteht keine Sicherheit, daß es wirklich zu einer solchen Organisation des Kassenwesens im Kreise kommt. Es ist denkbar, daß der Landrat von der Herbeiführung eines Beschlusses absieht, um die Entscheidung dem Oberversicherungsamt anheimzugeben, und daß dieses im Sinne des landrätlichen Antrags entscheidet. Dann sind die Ausgestaltungsanträge der vier Kassen hinfällig. Wird dagegen die Errichtung von vier allgemeinen Ortskrankenkassen, entsprechend den Bezirken der bestehenden vier Kassen, entweder vom Kreistage beschlossen oder vom Oberversicherungsamt angeordnet, so kann an die Stelle der Errichtung neuer Kassen mit Zustimmung des Oberversicherungsamts die Ausgestaltung der bestehenden Kassen treten (Art. 15 Einf.Ges.), wenn der Kreistag zustimmt und das Oberversicherungsamt nichts einwendet; und es kann angenommen werden, daß in diesem Falle den Ausgestaltungsanträgen der vier Kassen unbedenklich stattgegeben werden würde, da die Vorteile dieser Maßnahme vor der Neuerrichtung von Kassen ohne weiteres einleuchten (vgl. auch den erwähnten Erlaß unter II 3).

Hiernach würden die Anträge der vier Kassen auf Zulassung als besondere Ortskrankenkassen nur in Betracht kommen, wenn nur die Errichtung einer einzigen allgemeinen Ortskrankenkasse für den ganzen Kreis beschlossen werden sollte. Diesen Zulassungsanträgen muß stattgegeben werden, wenn die Kassen den Anforderungen der §§ 240 ff. genügen. Dazu gehört namentlich, daß durch den Fortbestand der vier Kassen der Bestand und die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse nicht gefährdet wird (§ 240 Ziff. 2). Eine solche Gefährdung wäre immer anzunehmen, wenn der allgemeinen Ortskrankenkasse nicht mindestens 250 Mitglieder verbleiben würden (§ 242); eine Gefährdung kann aber auch bei einer höheren Mitgliederzahl der allgemeinen Ortskrankenkasse auf Grund besonderer Verhältnisse gegeben sein, und der mehrfach erwähnte Erlaß schreibt vor, daß sie der Regel nach anzunehmen sein wird, wenn der allgemeinen Ortskrankenkasse nicht mindestens 1000 Mitglieder verbleiben (Ziff. III 2 c). Wenn man indessen an der Hand des Zeitungsberichts über die Kreistagsverhandlungen die Zahlen der Mitglieder vergleicht, die den vier Kassen gegenwärtig angehören und die ihnen im Fall ihrer Ausgestaltung nach der Reichsversicherungsordnung angehören würden, so ergibt sich ein Zuwachs von über 11500 Mitgliedern. Mindestens soviel würden also, wenn die Ausgestaltung der vier Kassen abgelehnt und nur den Zulassungsanträgen stattgegeben würde, der allgemeinen Ortskrankenkasse verbleiben, so daß von einer Gefährdung dieser Kasse nicht entfernt die Rede sein könnte, mithin den Zulassungsanträgen (falls nicht etwa andere, für uns nicht ersichtliche Ablehnungsgründe vorliegen) stattgegeben werden müßte. Daraus ergibt sich, daß die Ablehnung der Ausgestaltung der vier Kassen zu allgemeinen Ortskrankenkassen nur zu einer weiteren Zersplitterung des Kassenwesens im Kreise führen würde.

Wir empfehlen, zur Unterstützung der Ausgestaltungsanträge eine Vorstellung im Sinne der vorstehenden Ausführungen dem Herrn Landrat (für die Kreisvertretung) und dem Versicherungsamt (zur Uebermittlung an das Oberversicherungsamt) zu überreichen.

Hausgewerbetreibender oder Heimarbeiter?

9. Nach Hannover. Antwort: Die Frage, ob die in ihrer Wohnung beschäftigten Frauen selbständige, also versicherungsfreie Hausgewerbetreibende oder unselbständige, also versicherungspflichtige Heimarbeiter sind, kann immer nur nach der Gesamtheit aller Umstände, insbesondere nach dem Maße der den Frauen verbliebenen persönlichen Unabhängigkeit vom Arbeitgeber entschieden werden. An Angaben in dieser Richtung fehlt es in der Anfrage. Was wir entnehmen können, spricht eher für die Versicherungspflicht. Denn da es sich um „bedürftige" Frauen handelt, die nur zeitweise, mitunter auf Wochen oder Monate beschäftigt werden, läßt sich vermuten, daß ihrer wirtschaftlichen Bedrängtheit kaum ein erhebliches Maß persönlicher Selbständigkeit gegenüberstehen wird. Sie werden vielleicht die Rohstoffe an bestimmten Tagen holen, das fertige Erzeugnis an bestimmten Tagen abliefern müssen und dadurch z. B. in der Verfügung über ihre Zeit wesentlich beschränkt sein usw. Auch daß sie nur zeitweise Beschäftigung finden, legt die Annahme nahe, daß es sich dabei um Zeiten größeren Arbeitsandranges handelt und daß die Beschäftigung außerhalb der Werkstätten ihren Hauptgrund wohl in der Unzulänglichkeit der Fabrikräume zur Aufnahme dieser Arbeiterinnen hat, deren wirtschaftliche und soziale Lage im übrigen sich gewiß nicht von der Lage der Werkstättenarbeiterinnen unterscheiden dürfte. Vgl. im übrigen Hahn, Handbuch der Krankenversicherung S. 156.

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft, wenn der Kassenarzt zugleich Krankenhausarzt ist.

10. Nach Sterkrade. Antwort: Die Kasse hat dem verletzten Mitgliede nicht Krankengeld und ärztliche Behandlung usw. (§ 6 KVG.), sondern Krankenhauspflege (§ 7) gewährt, und der Arzt ist nicht als Kassenarzt, sondern als Krankenhausarzt in Tätigkeit getreten. Deshalb ist er für diese seine Tätigkeit nicht durch den im Vertrage der Kasse mit den Aerzten festgestellten Pauschsatz pro Kopf und Jahr abgegolten, sondern er ist dafür von der Krankenhausverwaltung nach der mit dieser getroffenen Abmachung zu entschädigen, während die Kasse wiederum sich nur mit der Krankenhausverwaltung auseinanderzusetzen hat. Wenn nun der an diese Verwaltung gezahlte Pflegesatz die stationäre medikomechanische Behandlung durch den Arzt nicht mit umfaßt, so hätte die Kasse vom Ablauf der 13. Woche an zwar die Kosten dieser Behandlung besonders zu bezahlen, könnte sich aber dieserhalb nach § 25 Abs. 3 GUVG. an die Berufsgenossenschaft halten. Hält sich aber der Arzt unmittelbar an die Berufsgenossenschaft, so fällt insoweit jeder Anspruch der Kasse an diese selbstverständlich weg, es sei denn, daß ihr noch irgendwelche besondere Kosten speziell für Leistungen aus § 6 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. erwachsen wären. Diese könnte sie dann nur in dem nachzuweisenden Betrage erstattet verlangen. Darauf, daß der Arzt als Kassenarzt von ihr jenen Pauschbetrag erhält, kann die Kasse aus dem oben erwähnten Grunde einen Ersatzanspruch nicht gründen.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. J. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
Dr. J. Troschel.

XXX. Jahrgang. **21. Januar 1913.**

Redaktion:	**Nr. 3.**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Besteht für uneheliche Kinder ein Anspruch auf Waisenaussteuer?

Von Rechtsanwalt **Dr. Berthold** in Großenhain bei Dresden.

I. Die Reichsversicherungsordnung spricht zwar in den Paragraphen, welche die Waisenaussteuer behandeln, nicht ausdrücklich davon, daß nur eheliche Kinder einen Anteil daran haben sollen, doch ergeben meines Erachtens die Bestimmungen des § 1252 RVO. deutlich eine verneinende Antwort. Denn, abgesehen von den sonstigen Voraussetzungen der Hinterbliebenenfürsorge, daß der verstorbene Versicherte zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat, werden Witwengeld und Waisenaussteuer, die gemäß § 1264 RVO. bei Vollendung des 15. Lebensjahres der Kinder fällig wird, nur gewährt, wenn außerdem die Witwe zur Zeit der Fälligkeit der Bezüge selbst die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrechterhalten hat (§ 1252).

Demgemäß müssen beide Elternteile die Voraussetzung, die an den Bezug der Invalidenrente geknüpft ist, erfüllt haben, und die beiden Eltern müssen ein Ehepaar im Sinne von § 1303 BGB. gewesen sein, sonst würde nicht von der „Witwe" des Verstorbenen gesprochen werden.

II. Das lehrt auch die Begründung zum Entwurfe der Reichsversicherungsordnung, daß eine Waisenaussteuer lediglich den Kindern eines Ehepaares zugute kommen soll. Es heißt da auf Seite 368: „Wenn beide Eheleute Versicherungsbeiträge entrichtet hatten und die Witwe wegen des auf ihrer eignen Beitragsleistung beruhenden Invalidenrentenanspruchs einen Anspruch auf Witwenrente nicht erheben kann, so wird außer dem Witwengeld auch eine Zahlung an die Waisen in Aussicht genommen. Außer in dem für die Gewährung des Witwengeldes entscheidenden Zeitpunkte, nämlich unmittelbar nach dem Tode des Ehemannes, erstehen für die Hinterbliebenen erheblichere bare Auslagen bei der Schulentlassung der Waisen und bei ihrem Eintritte in die Berufstätigkeit. Da zu diesem Zeitpunkte auch regelmäßig der Bezug der Waisenrente endigt, so empfiehlt es sich, den Hinterbliebenen zur Deckung dieser Unkosten als weiteren Ersatz für die wegfallende Witwenrente eine einmalige Zuwendung, die Waisenaussteuer, zur Verfügung zu stellen.

Für deren Zubilligung — so wird weiter ausgeführt — wird das Versicherungsverhältnis der Mutter beim Tode des Ehemannes maßgebend sein. Entweder muß die zu diesem Zeitpunkte noch erwerbsfähige Ehefrau durch ihre Beitragsleistung die Wartezeit für die reichsgesetzliche Invalidenrente erfüllt und ihre Anwartschaft aufrecht erhalten haben, oder die zu diesem Zeitpunkte invalide Ehefrau muß den Anspruch auf Invalidenrente erworben haben. Außerdem berücksichtigt der Entwurf den weiteren Fall, daß die Witwe erst nach dem Tode des Ehemannes, aber vor dem Ablauf des fürsorgepflichtigen Alters der Waisen, die Wartezeit

Digitized by Google

für die Invalidenrente erfüllt hat, sei es, daß sie beim Tode des Ehemannes die erforderliche Zahl von Beiträgen noch nicht entrichtet, oder die Beitragsleistung erst nach diesem Zeitpunkte begonnen hatte. Den Waisen wird auch in diesen Fällen die Waisenaussteuer nicht vorzuenthalten sein."

Die Reichstagskommission hat den Vorschlag des Entwurfes unverändert angenommen (Komm.Ber. IV 91) und der Reichstag ist ihr allenthalben gefolgt.

Der Sinn dieser Darlegungen der Begründung ist also kurz der: wenn eine Ehefrau zugleich Anspruch auf Invalidenrente und Witwenrente hat, dann soll sie nur eine der beiden Renten beziehen. Da die erstere in der Regel höher sein wird als die letztere, soll ihr der Anspruch auf die erstere verbleiben. Damit sie nun nicht andern gegenüber benachteiligt werde, soll sie für die Beiträge des Mannes durch einmalige Abfindungszahlungen der Versicherungsanstalt entschädigt werden; hat sie auch noch mit dem Verstorbenen gemeinsame Kinder, so soll sie außerdem für jedes Kind eine Abfindung erhalten. Das Witwengeld und die Waisenaussteuer stellen diese Ersatzleistungen dar.

Die Waisenaussteueuer ist dabei die Entschädigung dafür, daß die Kinder allein die Waisenrenten anläßlich des Todes ihres Vaters beziehen und daß der Anspruch der Mutter auf Zusatzrenten zu ihrer Invalidenrente (§ 1291 RVO.) wegfällt.

Mit der Waisenrente hat sonach die Waisenaussteuer juristisch weiter nichts zu tun, als daß diese in den Fällen der Fälligkeit zu dem Zeitpunkte ausgezahlt wird, an dem jene aufhört (§§ 1299, 1264 RVO.); nur insofern ist sie, wie es in der Begründung S. 407 heißt, die Folge der Gewährung der Waisenrente. Daß eine solche der Waisenaussteuer vorausgegangen ist, zeigt auch die Bestimmung des § 1296 RVO., wonach sie den achtfachen Monatsbetrag der bezogenen Waisenrente ausmachen soll. Waisenrente aber erhalten nach dem Tode des versicherten Vaters seine ehelichen Kinder und nach dem Tode einer Versicherten ihre vaterlosen Kinder, wozu auch ihre unehelichen zählen[1]) (§ 1259 RVO.).

[1]) Selbstverständlich sind für die Bezeichnung „ehelich" und „unehelich" in der Reichsversicherungsordnung stets die Begriffe, die das Bürgerliche Gesetzbuch aufgestellt hat, zugrunde zu legen. Unehelich sind danach nicht alle Kinder, die zwar unehelich geboren, aber durch nachfolgende Ehe der Kindesmutter mit dem Kindesvater ehelich geworden sind (§ 1719 BGB.).

III. Wann im einzelnen Ansprüche auf Waisenrente und Waisenaussteuer für die Kinder entstehen, soll nachstehends durch einige Beispiele erläutert werden.

Hat ein Ehepaar, von dem beide Teile Anspruch auf Invalidenrente hatten, nur gemeinsame eheliche Kinder und stirbt der Vater, so erhält die Mutter ihre Invalidenrente und für die Kinder die Waisenrente, außerdem wird das Witwengeld und wenn das Kind 15 Jahre alt geworden ist, die Waisenaussteuer gewährt.

Stirbt die versicherte Mutter, die Ehefrau eines erwerbsunfähigen Ehemannes gewesen ist und den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hat, so wird den gemeinsamen ehelichen Kindern für die Dauer der Bedürftigkeit gemäß § 1260 RVO. eine Waisenrente gezahlt und dem erwerbsunfähigen Witwer wird eine Witwerrente zuteil. Bezog der erwerbsunfähige Ehemann vor dem Tode seiner versicherten Ehefrau selbst Invalidenrente und für seine Kinder die Zusatzrente des § 1291 RVO. und verdiente außerdem die versicherte Ehefrau so viel, daß ihr Beitrag zum gemeinsamen Unterhalte der Familie mehr beträgt, als die Renten zusammen, so erscheint mir die Anwendungsmöglichkeit des § 1260 RVO. außerordentlich zweifelhaft. Sie würde meiner Ansicht nach höchstens in den seltenen Ausnahmefällen zu bezahlen sein, wenn die vom Ehemanne und seinen Kindern bezogenen Renten so niedrig sind, daß die Bedürftigkeit im Sinne der Reichsversicherungsordnung angenommen werden muß und dagegen die Witwer- und die Waisenrenten erheblich mehr ausmachen würden. Es bedarf zur Entscheidung meines Erachtens stets einer eingehenden Prüfung des einzelnen Falles. Der Bezug eines Witwergeldes und von Waisenaussteuern ist aber ausgeschlossen, ersteres, weil die Reichsversicherungsordnung es überhaupt nicht kennt, während sie ausdrücklich von Witwerrenten spricht, letztere, weil die Reichsversicherungsordnung sie nach § 1252 an die bestimmte Voraussetzung knüpft, daß von den

Digitized by Google

beiden versicherten Ehegatten der Mann gestorben sein und die Witwe mit den Kindern zurückgelassen haben muß. Diesen Fall betrachtet die Reichsversicherungsordnung als die Regel, wie ich aus dem Wortlaute des § 1252 schließen zu müssen glaube. Der umgekehrte Fall bildet, das bringt der § 1260 RVO. zum Ausdruck, die Ausnahme und er übernimmt es, die dafür erforderlichen Maßnahmen anzuordnen. Darunter fehlt aber ein Hinweis auf die Waisenaussteuer. Infolgedessen darf sie lediglich zugebilligt werden, wenn bei Invalidenrentenberechtigung beider Ehegatten der Mann vor der Frau verstorben ist. Denn es muß davon ausgegangen werden, daß das Gesetz Ausnahmen nur für die von ihm besonders hervorgehobenen Fälle anerkennen will.

Hat die Mutter jedoch neben dem Arbeitsverdienste des Vaters in versicherungspflichtiger Beschäftigung nur einen geringen Teil zum gemeinsamen Unterhalte der Familie beigetragen, so wird ihren Angehörigen keine Hinterbliebenenfürsorge zuteil (arg. § 1260).

IV. Hat eine Ehefrau uneheliche Kinder, welche durch die Eheschließung nicht die rechtliche Stellung von ehelichen erlangt haben, sondern uneheliche weiter geblieben sind, und verstirbt sie dann vor ihrem Manne, so gilt der § 1259 RVO. und die unehelichen Kinder erhalten die ihnen zukommende Waisenrente bis sie 15 Jahre alt geworden sind. Anspruch auf Waisenaussteuer entsteht in diesem Falle, wie oben nachgewiesen wurde, überhaupt nicht.

Stirbt der Ehemann vor der Ehefrau, so erhält diese selbst ihre Witwenrente und für ihre und des verstorbenen Mannes gemeinsamen Kinder Waisenrente, für ihre unehelichen Kinder dagegen bekommt sie nichts, selbst wenn der Ehemann bisher tatächlich auch für sie den Unterhalt mit bestritten hat, denn er war dazu ja nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch gar nicht verpflichtet; denn die Reichsversicherungsordnung kann bloß Pflichtleistungen der Versicherten und auch diese nicht einmal im vollen Umfange übernehmen.

Ist die Ehefrau aber gleichzeitig invalidenrentenberechtigt, so werden den ehelichen Kindern die Waisenrenten zugebilligt und für ihre unehelichen Kinder bekommt sie die Zusatzrenten des § 1291 RVO. zu der ihr zustehenden Invalidenrente. Haben die ehelichen Kinder das 15. Lebensjahr erreicht, so wird außerdem für sie die Waisenaussteuer gezahlt; die unehelichen Kinder dagegen gehen leer aus, da die an den Bezug dieser Unterstützung vom § 1252 RVO. gestellten Bedingungen, daß beide Elternteile invalidenrentenberechtigt waren, in ihrer Person nicht erfüllt sind.

Der Gedanke, etwa den unehelichen Kindern die Waisenaussteuer zuzusprechen, wenn ihr Vater im Sinne von § 1717 BGB. und die Mutter gleichzeitig invalidenrentenberechtigt sind, ist um deswillen, wie bereits oben erwähnt, zurückzuweisen, weil der § 1252 RVO. die Gewährung der Aussteuer an die Bedingung knüpft, daß die beiden versicherten Eltern des Kindes „Eheleute" gewesen sind und zwar dergestalt, daß sie beide miteinander verheiratet waren. Hat der Kindesvater eine andere Frau als die Kindesmutter geheiratet und umgekehrt, so ist der Vorschrift des § 1252 RVO. nicht genügt; die Zubilligung der Waisenaussteuer ist also deswegen nicht angängig.

Hat endlich ein versicherter Vater neben seinen ehelichen Kindern uneheliche hinterlassen, so kommen diesen die Segnungen der Hinterbliebenenfürsorge im Sinne des 4. Buches der Reichsversicherungsordnung nicht zugute. Sie erhalten weder Waisenrente, noch Waisenaussteuer. Ist der Kindesvater aber infolge eines Unglücksfalles aus dem Leben geschieden, und muß die Berufsgenossenschaft für ihn eintreten, so erhalten gemäß § 588 RVO. auch die unehelichen Kinder eine Rente, freilich nur soweit der Verstorbene ihnen nach gesetzlicher, im Bürgerlichen Gesetzbuch ausgesprochener Pflicht Unterhalt zu gewähren hatte, und soweit nicht seine Ehefrau und seine ehelichen Kinder bereits den Höchstbetrag der Rente beziehen.

V. Aus all diesen Untersuchungen geht also meines Erachtens deutlich hervor, daß den unehelichen Kindern kein Anspruch auf Waisenaussteuer nach der Reichsversicherungsordnung zusteht und daß sie insoweit den ehelichen nicht gleichgestellt sind.

Digitized by Google

Ueber Gleichwertigkeit von Kassenleistungen.

Von Assessor **Meyer** in Stettin.

Bei Prüfung der Zulassungsfähigkeit der bestehenden Krankenkassen wird der Begriff der Gleichwertigkeit eine wichtige Rolle spielen. Bei allen (künftigen) besonderen Ortskrankenkassen, bei allen Innungs- und Betriebskrankenkassen (mit Ausnahme derjenigen für Reichs- und Staatsbetriebe) kann dem Antrage auf Zulassung nur stattgegeben werden, wenn die satzungsmäßigen Leistungen dieser Kassen, denen der maßgebenden allgemeinen Ortskrankenkassen (§ 261 RVO.) mindestens gleichwertig sind oder binnen sechs Monaten gemacht werden.

Während das Gesetz den Versicherungsämtern bei Feststellung der Zulassungsvoraussetzungen im allgemeinen eine nur vorbereitende und begutachtende Tätigkeit zuweist, die eigentliche Entscheidung über den Zulassungsantrag dagegen den Oberversicherungsämtern anvertraut, (Art. 20 Einf.-Ges. z. RVO.), verhält es sich mit dem Zulassungserfordernis der Gleichwertigkeit anders. § 259 RVO. bestimmt: „Ob die Kassenleistungen gleichwertig sind, entscheidet das zuständige Versicherungsamt (Beschlußausschuß)." Ueber das Verfahren hierbei heißt es in den folgenden Absätzen: „Dabei werden die Gesamtleistungen mit Rücksicht auf den besonderen Mitgliederkreis der einzelnen Kassen nach Billigkeit veranschlagt.

Der Bundesrat kann hierüber näheres bestimmen."

Gegen die von dem Versicherungsamt in der Frage der Gleichwertigkeit gefällte Entscheidung haben die Kassen die Beschwerde an das Oberversicherungsamt, welches endgültig entscheidet und in besonderen Fällen vor der Entscheidung ein Gutachten der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts einholen kann (§ 263).

In erster Linie liegt es also dem Versicherungsamtmann ob, für die in seinem Bezirk bestehenden Kassen „die erforderlichen Unterlagen" zu beschaffen und die Rechnungs- und Veranschlagungsarbeit auszuführen (Begründung S. 179).

Ueber die Durchführbarkeit dieser Aufgabe sind bei der Beratung des Entwurfs die Meinungen geteilt gewesen. Die einen hielten die praktischen Schwierigkeiten für so unüberwindlich, daß sie das Erfordernis der Gleichwertigkeit aufgegeben wissen, und sich mit der Anforderung begnügen wollten, daß mindestens die Regelleistungen gewährt würden (Komm.-Ber. II S. 148 ff.). Sie wandten ein, daß es gegenüber der Vielgestaltigkeit der satzungsmäßigen Mehrleistungen kaum angängig sein werde, die Gleichwertigkeit zu berechnen. „Es sei überhaupt nicht abzusehen, wie die Gleichwertigkeit berechnet werden solle, wenn z. B. auf der einen Seite Verpflegung in einer Walderholungsstätte und auf der andern Seite erhöhtes Sterbegeld oder Gewährung von Stillgeld sich gegenüberständen. Denn hier könne nicht schematisch verfahren werden, etwa in der Weise, daß man die Kosten der einzelnen Leistungen in den verschiedenen Kassen auf den Kopf der Mitglieder berechne und vergleiche. Diese Art der Vergleichung werde ein ganz schiefes Bild ergeben; denn es könnten sehr wohl zwei Kassen ganz gleichwertige Leistungen gewähren, deren Kosten aber, auf den Kopf berechnet, wegen der Verschiedenheit der Krankheitsgefahr oder anderer Verhältnisse sich ganz verschieden gestalten." Diese Bedenken suchte ein Kommissar des Bundesrats zu zerstreuen. Der Entwurf, so führte er beschwichtigend aus, „verlange keine schwierigen mathematischen Berechnungen auf Heller und Pfennig, sondern spreche ausdrücklich vom Veranschlagen und zwar nach Billigkeit, also nicht nach der angezogenen Logarithmentafel, sondern unter Abwägung der allgemeinen und besonderen Verhältnisse und Bedürfnisse der beteiligten Kassen. Dabei sei noch ganz besonders vorgeschrieben, daß hierbei nicht etwa mechanisch je eine Leistung mit derselben der anderen Kasse verglichen und so in Plus und Minus das rechnerische Ergebnis errechnet werden, sondern daß im Gegenteil die Gesamtheit der Leistungen einheitlich zusammengefaßt und gegeneinander abgewogen werden solle. Aber auch hiermit begnüge sich der Entwurf noch nicht, sondern füge zu diesem objektiven Komplex noch ein subjektives Moment, das berücksichtigt werden müsse, nämlich den Mit-

Digitized by Google

gliederkreis jeder Kasse nach der besonderen Art seiner Zusammensetzung, also nach Alter, Geschlecht, Berufsart, Gefährlichkeit des Betriebes usw. ... Selbstverständlich dürfe man nicht blindlings oder nach dem Gefühl über die Gleichwertigkeit entscheiden, das würde Willkür bedeuten, sondern man müsse sich eine zahlenmäßige Unterlage beschaffen, auf der sich dann die Würdigung und das Urteil aufbaue."

Um die Harmlosigkeit dieser „zahlenmäßigen Unterlage", die immerhin Bedenken hätte erregen können, vollends außer Zweifel zu stellen, berief sich der Bundesrat-Kommissar auf eine in der Begründung (S. 180) vorgeführtes kleines Exempel, das sogar nicht einmal von einem Mathematiker, sondern nur von einem Verwaltungsbeamten herrühren sollte. „Dieses Exempel ‚zeige wie einfach sich diese Berechnung im allgemeinen gestalte und wie sie ohne besondere versicherungsmathematische Kenntnis sich erledigen lasse'. Ein Bedürfnis für ein Eingreifen der Versicherungsmathematiker von der Rechnungsstelle (des Reichsversicherungsamts) — es war die Befürchtung einer Ueberlastung dieser Stelle geäußert worden — liege nicht vor." Die ganze Prüfung und Entscheidung der Gleichwertigkeit spiele sich allein beim Versicherungsamt ab. Im weiteren Verlauf der Beratungen (S. 182 ff.) hat dann der Kommissar des Bundesrats nochmals betont, daß die Prüfung der Gleichwertigkeit zwar keineswegs ein reines Rechenexempel sein solle, indessen eine rechnerische Grundlage für die Prüfung nicht entbehrt werden könne.

Wie man sieht, haben die Verfasser des Gesetzes der Auffassung gehuldigt, daß zwar erschöpfende mathematische und versicherungstechnische Berechnungen keinesfalls verlangt werden könnten, andererseits aber ein gewisses Mindestmaß zahlenmäßiger Erfassung der den Gegenstand der Vergleichung bildenden wirtschaftlichen Werte in jedem Falle prästiert werden müsse. Und man wird es gewiß nur billigen können, daß, wo eine exakte Berechnung ohne besondere Kunst möglich ist, und soweit die tatsächlichen Verhältnisse einer solchen zugänglich sind, sie stattfinden muß und erst, wenn es nicht anders geht, man sich mit einer „Veranschlagung nach Billigkeit" behelfen darf.

Die Rechnung ist ja auch so einfach! Wenigstens hat es der Bundesrats-Kommissar gesagt. Man sehe nur wie in der Begründung mit wenigen Sätzen der Nachweis der Gleichwertigkeit für die Leistungen zweier Kassen erbracht ist.

Was gewahrt nun der Versicherungsamtmann, der, um das Geheimnis der Gleichwertigkeitsberechnung zu ergründen, die Begründung einsieht? Auch dort wird ihm versichert: „Die Prüfung selbst gestaltet sich nicht schwierig." Dann das Exempel: „Kasse A gewährt für die ersten drei Tage kein Krankengeld und zahlt ein Krankengeld von 60 vom Hundert des Grundlohns für 26 Wochen. Kasse B gewährt 50 vom Hundert des Grundlohns als Krankengeld, aber für 34 Wochen Krankengeld, und vom 1. Krankentag ab. Setzt man nun die Regelleistungen gleich 100, so gewährt Kasse A demnach 120, Kasse B für die längere Dauer rund + 2, und für die 3 Karenztage rund + 17, insgesamt also 119. Die Leistungen sind als gleichwertig anzusehen."

Der Versicherungsamtmann stutzt: Daß man die Regelleistungen gleich 100 setzt und daß infolgedessen die Kasse A, die anstatt 50, 60 vom Hundert des Grundlohns als Krankengeld gewährt, im übrigen aber mit den Regelleistungen sowohl hinsichtlich der Karenzzeit, wie auch der Unterstützungsdauer übereinstimmt, in ihren Leistungen mit 120 zu bewerten ist, dies leuchtet ihm ohne weiteres ein; wie in aller Welt aber kommt der Rechenkünstler dazu, der Kasse B für die längere Dauer (34 statt 26 Wochen) gerade „rund + 2 und für die 3 Karenztage rund + 17" gutzuschreiben? Der Versicherungsamtmann steht vor einem Rätsel. 3 Tage mehr Unterstützung sollen gleich 17, dagegen 34 minus 26 = 8 Wochen nur gleich 2 sein? Bei näherer Betrachtung wird es ihm begreiflich werden, daß allerdings die Karenztage wohl mit Notwendigkeit in ihrer Gesamtwirkung auf die Kassenfinanzen sehr viel höher eingeschätzt werden müssen, als die Krankheitstage von der 27. Woche an, denn fast alle Krankheitsfälle werden Unterstützung während der ersten 3 Tage erforderlich machen, nur ganz wenige aber über die 26. Woche hinausreichen. Aber der Maßstab! Den sucht der Versicherungsamtmann an jener Stelle der Be-

Digitized by Google

gründung vergebens; statt dessen tritt ihm die vielsagende Bemerkung entgegen: „Geeignete Unterlagen zur Erleichterung der Rechnung bietet der Band I der Statistik der „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend", die das Kaiserliche Statistische Amt, Abteilung für Arbeiterstatistik, unter Mitwirkung des Kaiserlichen Gesundheitsamts ausgeführt und in 4 Bänden 1910 veröffentlicht hat."

Also ein vierbändiges statistisches Tabellenwerk wird zur Erleichterung der Rechnung empfohlen. Aber was hilft's: „Die ganze Prüfung der Gleichwertigkeit spielt sich allein beim Versicherungsamt ab, das nicht einmal die Befugnis hat, die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts anzugehen" (Komm. Ber. S. 151). Der Vorsitzende oder sein Stellvertreter wird „die rechnungsmäßigen Unterlagen zusammenstellen oder diese in seinem Bureau machen lassen" (a. a. O.).

Doch mit einem Trost entläßt uns die Begründung: „Sollte es nötig werden," fährt sie nach Erwähnung des Tabellenwerks fort, „so kann der Bundesrat nähere Bestimmungen hierzu erlassen," und diese Delegation ist denn auch im Absatz 3 des § 259 Gesetz geworden.

Man wird sofort erkennen, daß ohne solche Ausführungsbestimmungen überhaupt nicht weiterzukommen ist, wenn anders überhaupt auf einer exakten rechnerischen Grundlage bestanden werden soll.

Es ist zu wenig gesagt und trifft nicht die Sache, wenn es in der Begründung heißt, jenes statistische Werk bilde eine „geeignete Unterlage zur Erleichterung der Rechnung". Nicht um Erleichterung der Rechnung handelt es sich, sondern um Ermöglichung einer solchen. Nur mit Hilfe statistischer Tabellen, wie sie jenes Werk in außerordentlicher Fülle und Mannigfaltigkeit bietet, kann überhaupt ein Rechenexempel, wie das mitgeteilte, durchgeführt werden. Jenes Exempel ist, so wie es die Begründung gibt, aus sich heraus gar nicht zu verstehen, der Schlüssel dazu muß erst in dem Tabellenwerk aufgesucht werden. Uebrigens ist es auch nicht zutreffend, daß sich die Unterlagen für die Rechnung in Band I der Statistik finden; der Band I enthält im wesentlichen nur ausführliche Erläuterungen zu dem eigentlichen Tabellenwerk, das in den Bänden II—IV enthalten ist. Die Erklärung der hier in Betracht kommenden sogenannten Serientabellen der Morbidität findet sich, an Beispielen erläutert, auf S. 72 des I. Bandes.

Da besagtes Werk vermutlich nicht jedermann zur Hand sein wird, so sei hier eine kurze Auseinandersetzung darüber gestattet, welche Bewandtnis es mit jenen Tabellen hat und wie mit deren Hilfe die mehrfach erwähnte Berechnung bewerkstelligt worden ist. Nebenbei bemerkt, dürfte es für jedermann von größtem Interesse sein, durch das Studium jenes Tabellenwerks einen Einblick in die vervollkommnete Arbeitsweise der heutigen Statistik zu gewinnen und zu sehen, welche Umsicht, welcher Scharfsinn und welche Unsumme von Fleiß erforderlich waren, um die in dem Werke niedergelegten wertvollen statistischen Ergebnisse zutage zu fördern.

Ueber Wert und Bedeutung der vorliegenden Statistik äußert sich die 1903 vom Kaiserl. Statistischen Amt dem Reichsamt des Innern vorgelegte Denkschrift dahin (vgl. Tabellenwerk Band I S. 2), sie werde einmal „den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen zur Beurteilung der bei letzteren zutage tretenden Verhältnisse von hohem Nutzen sein", ferner aber „erwarteten die Krankenkassen selbst von einer Krankheitsstatistik wertvolle Aufschlüsse, die ihnen unmittelbar praktischen Vorteil brächten; so z. B. würde durch sie die Bemessung der geldlichen Tragweite von Satzungsänderungen hinsichtlich der Mindestunterstützungsdauer ermöglicht werden". Zur Gewinnung einer allgemeinen Krankheitsstatistik seien die Erkrankungshäufigkeit und — Dauer unter Berücksichtigung von Geschlecht und Alter nach Krankheitsarten „auf so breiter Grundlage zahlenmäßig zu ermitteln, daß man die von der Untersuchung zu erwartenden Ergebnisse als für die Verhältnisse des Reichs gültig ansehen dürfe". Anschreibungen, die sich für diesen Zweck ganz besonders eigneten, lägen in den Erhebungen der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend vor.

Die Allgemeingültigkeit und mithin universelle praktische Verwendbarkeit der gewonnenen Zahlen und Zahlenreihen wird einmal dadurch verbürgt, daß ihnen ein massenhafter Beobachtungsstoff von Jahrzehnten zugrunde

Digitized by Google

liegt (die Erhebungen der — heute fast 200000 Mitglieder zählenden — Leipziger Ortskrankenkasse sind seit 1887 benutzt), namentlich aber durch die Tatsache, daß sie sowohl mit den Zahlenwerten der allgemeinen deutschen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik, wie auch mit den auf demselben sozialen Gebiete im Auslande veranstalteten Untersuchungen stellenweise verblüffende Uebereinstimmung aufweisen.

In Band II Teil A Kapitel V des Werkes finden sich „Serientabellen der Morbidität" für die männlichen versicherungspflichtigen Mitglieder allgemein, geordnet nach zehnjährigen Altersklassen. Von diesen Tabellen wird (S. 71) gesagt:

„Die Serientabellen der Morbidität sind zu rein praktischen Zwecken aufgestellt worden. Sie sollen die Grundlage bieten, um den Einfluß von Karenztagen, von vorenthaltener Unterstützung für Sonn- und Feiertage und von verschieden langer Unterstützungsdauer auf die Kassenfinanzen zahlenmäßig klarzustellen, um dadurch die Vergleichung von verschiedenen Kassen untereinander, die verschiedene Satzungsbestimmungen hinsichtlich der Karenztage, der Sonn- und Feiertagsunterstützung und der Dauer der Unterstützungspflicht aufweisen, zu ermöglichen."

Benutzen wir mit dem Urheber des Exempels in der Begründung die Tafel für die Altersklassen der 15—24jährigen, obwohl uns sonst in dem Werke mehrfach (Band I S. 29, 31) der Rat gegeben wird, die Klasse der 25—34jährigen bei Anstellung von Vergleichungen zu bevorzugen. In der ersten Vertikalspalte links („Zeitraum") sind untereinander die Krankheitszeiten, und zwar die ersten sieben Tage einzeln, und darauf die Wochen von der 2. bis zur 34., dem äußersten Unterstützungstermin der Leipziger Kasse, angegeben. Im ganzen sind 131325 Anfangskrankheitsfälle beobachtet worden. In der Spalte 12 kann man nun ablesen, wieviel Prozent „von den bei 26wöchiger statutenmäßiger Unterstützungsdauer erwachsenen Krankheitstagen die bis zum Schluß des in Spalte 1 bezeichneten Zeitraums erwachsenen Krankheitstage" ausmachen. So findet man z. B., daß die ersten drei Tage, also die übliche Karenzzeit, 16,9 %, also rund 17 % sämtlicher bei 26wöchiger Unterstützungsdauer erwachsenden Krankheitstage darstellen und daß bei 34wöchiger Höchstdauer das Hinzukommen der 27.—34. Woche die Anzahl der bei 26wöchiger Unterstützung entstehenden Krankheitstage nur um 1,6 %, also rund 2 % vermehrt. Es ergibt sich hierbei die überraschende Tatsache, daß eine Kasse durch Abschaffung der dreitägigen Karenzfrist ihre Ausgaben für Krankengeld unter gewöhnlichen Umständen um 17 % steigern würde. Wie das obenerwähnte Rechenexempel zustande gekommen ist, dürfte hiernach klar sein; der Urheber desselben hat sich bei Vergleichung der Kassenleistungen auf die Gegenüberstellung der Ausgaben für Krankengeld beschränkt, ein Verfahren, das sich durch seine Einfachheit empfiehlt und dadurch rechtfertigt, daß erfahrungsgemäß die Krankengelder den Kassen die relativ höchsten Ausgaben verursachen; versicherungstechnischen Ansprüchen dürfte es freilich kaum genügen.

Hätte man es in allen Fällen mit derartig einfachen Verhältnissen zu tun, wie in dem in der Begründung angeführten Beispiel, so würden sich die Gleichwertigkeitsberechnungen vermittels der Tabellen wohl ohne erhebliche Schwierigkeiten bewerkstelligen lassen. Leider aber liegen die Dinge in Wirklichkeit zumeist wesentlich verwickelter, und zwar in dem Maße, daß es zweifelhaft erscheint, ob allenthalben das Bureaupersonal der Versicherungsämter, ja sogar die ihnen etwa zur Verfügung stehenden besonderen Rechnungsbeamten den Anforderungen gewachsen sein werden. Es kann dies hier nur angedeutet werden. Man setze z. B. folgenden — übrigens nicht künstlich erdachten — Fall: Die maßgebende allgemeine Ortskrankenkasse gewährt nach ihrer Satzung Krankengeld für jeden Kalendertag, und zwar, sofern die Krankheit mindestens eine Woche dauert, vom ersten Krankheitstage an, sonst dagegen nur vom vierten Tage an; die auf Gleichwertigkeit zu prüfende Kasse gewährt es für jeden Werktag, und zwar, sofern die Krankheit mindestens zwei Wochen dauert, vom zweiten Krankheitstage an, im übrigen ebenfalls erst vom vierten Tage an. Wen es gelüstet, dieses Exempel zu lösen, der versuche es. Er wird einsehen, daß — um mit dem Bundesrats-Kommissar zu reden —, „wie einfach sich diese Berechnung im allgemeinen gestalten" mag, sie doch im besonderen für einen Beamten ohne versicherungsmathematische Kenntnisse oft genug mit unüberwindlichen Schwierig-

Digitized by Google

keiten verknüpft sein kann. Mit einem „Ungefähr" aber ist es bei solchen Berechnungen nicht getan; wer dabei oberflächlich verfahren und sich mit Scheinlogik begnügen wollte, würde den gröbsten Irrtumern ausgesetzt sein und das Ergebnis seiner Berechnung würde nicht sicherer ausfallen als eine nach Gutdünken und Gefühl veranstaltete „billige Veranschlagung".

An sich würde es, wenn den Versicherungsämtern ein technisch genügend geschultes Personal zur Verfügung stände, nicht allzu schwierig sein, die zahlenmäßig genaue Vergleichung auf die sonstigen Leistungen der Krankenkassen auszudehnen, z. B. auf das größere oder geringere Sterbegeld, die längere oder kürzere Dauer der Wöchnerinnenunterstützung, das Stillgeld. Die Statistik bietet Tabellen über Häufigkeit der Sterbefälle und der Wochenbetten, die es ermöglichen, auch diese Kassenleistungen in Zahlenwerten auszudrücken und sie mit den Ausgaben für Krankengeld auf denselben Nenner zu bringen. Es würden sogar, mit Hilfe dieser Tabellen, die Berechnungen unter eingehender Berücksichtigung der individuell höchst verschiedenen Zusammensetzung des Mitgliederkreises bei den einzelnen Kassen (verschiedenes Geschlecht, Gewerbszweig, Berufsart, freiwillige oder Pflichtmitglieder), also mit der denkbar größten Genauigkeit durchgeführt werden können. Doch soll auf diese Möglichkeiten nicht weiter eingegangen werden. Derartig ins einzelne gehende Untersuchungen liegen nicht im Sinne des Gesetzes, sie würden sich auch bei der großen Zahl der zur Prüfung gelangenden Kassen in der Praxis von selbst verbieten. Nur auf folgendes sei noch hingewiesen.

Die Gleichwertigkeit ist nicht nur als formelles gesetzliches Erfordernis von ausschlaggebender Bedeutung, sondern auch in anderer, mehr materieller Beziehung richtunggebend, oder sollte es doch sein. Denn strenggenommen ist die Feststellung des Vorhandenseins der Gleichwertigkeit die unerläßliche Voraussetzung für eine erfolgreiche Prüfung der dauernden Leistungsfähigkeit der Krankenkassen überhaupt. Die Begriffe der Gleichwertigkeit und der dauernden Leistungsfähigkeit stehen miteinander in engster logischer Wechselbeziehung. Die besonderen Orts- usw. Krankenkassen können nur zugelassen werden, wenn ihre „Fähigkeit zu gleichwertigen Leistungen" (Hahn, Handbuch der Kranken-Versicherung Anm. 5 zu § 240) für die Dauer gesichert ist.

Diesem Gesichtspunkt dürfte der Erlaß des Handelsministers vom 4. November 1912 nicht voll gerecht werden. „Bei der Prüfung der finanziellen Leistungsfähigkeit", so wird dort ausgeführt (III. 2. e.), „ist davon auszugehen, daß eine Kasse dann als leistungsfähig anzusehen ist, wenn sie in den letzten Jahren bei normalen Beiträgen normale Leistungen gewährt und auch ihrer Verpflichtung, den Reservefonds aufzufüllen, nachgekommen ist, es sei denn, daß besondere Umstände eine andere Beurteilung rechtfertigen."

Allein grundsätzlich dürfte es nicht so sehr auf die Tatsache ankommen, ob die Kasse in den letzten Jahren, also bei dem bisherigen Rechtszustande, normale Leistungen hat gewähren können, als vielmehr darauf, ob sie künftig Leistungen in dem für ihren Kassenbezirk normalen Umfang zu erfüllen imstande sein wird. Dies aber wird wiederum in erster Linie davon abhängen, um wieviel ihre bisherigen Leistungen hinter den künftig geforderten zurückbleiben, in welchem Maße also die Kasse ihre Leistungen und folgeweise ihre Beiträge wird steigern müssen, um sie auf die Höhe der maßgebenden Kasse zu bringen. Bei den einzelnen Kassen und in den verschiedenen Bezirken wird das in sehr verschiedenem Umfange der Fall sein. Doch wird man im allgemeinen behaupten können, daß gerade durch das neueingeführte Erfordernis der Gleichwertigkeit mittelbar die bedeutendste Vermehrung der Kassenausgaben herbeigeführt werden wird.

Was das Verfahren der Versicherungsbehörden bei Prüfung der Leistungsfähigkeit anlangt, so ist jedenfalls der Umstand höchst bemerkenswert, daß der Erlaß vom 4. November 1912 davon Abstand nimmt, eine versicherungstechnische Berechnung, ja überhaupt irgendeine zahlenmäßige Untersuchung als Grundlage für die Beurteilung der dauernden Leistungsfähigkeit zu fordern; die Versicherungsbehörden sollen im großen und ganzen aus den Erfahrungen der Vergangenheit auf die Entwickelung der Zukunft schließen, wobei überdies außer Betracht bleiben darf, ob und inwieweit die Zukunft im be-

Digitized by Google

sonderen Falle höhere Ansprüche stellen wird, als die Gegenwart. So anspruchslos wird man sich gegenüber dem Erfordernis der Gleichwertigkeit angesichts der in den gesetzgeberischen Vorarbeiten wiederholt hervorgehobenen Notwendigkeit der Beschaffung einer rechnerischen Grundlage, nicht verhalten können. Auf der anderen Seite aber dürfte vorstehende Betrachtung ergeben haben, daß lediglich auf Grund der knappen gesetzlichen Vorschriften und einer durchschnittsmäßigen rechnerischen Vorbildung die Durchführung der vom Gesetze geforderten Berechnungen nicht möglich ist, daß vor allem die Benutzung statistischer Tabellen nicht entbehrt werden kann. Es erscheint daher dringend notwendig, daß der Bundesrat von der ihm im § 259 Abs. 3 RVO. verliehenen Befugnis zum Erlaß von Ausführungsbestimmungen über die Gleichwertigkeitsberechnung Gebrauch macht. Vielleicht empfiehlt es sich, einige der wichtigsten Tabellen und einige Formeln, deren Anwendung an Musterbeispielen zu erläutern wäre, mitzuteilen; damit würde zugleich die Grenze festgestellt sein, wieweit überhaupt die Berechnungen sich zu erstrecken haben und jenseits deren eine Schätzung nach billigem Ermessen Platz greifen kann. Nur so wird es sich erreichen lassen, daß die zum Schutze der Kassenmitglieder angestrebte Gleichwertigkeit nicht ein frommer Wunsch bleibt, sondern Wirklichkeit wird. Zugleich bietet sich hier hervorragende Gelegenheit, die Ergebnisse der ausgezeichneten Leipziger Krankenkassenstatistik, welche s. Zt. einen Kostenaufwand von $^1/_3$ Million M. verursacht hat, für die Praxis fruchtbringend zu gestalten.

Zuständigkeitsfragen bei der Wiederaufnahme des Verfahrens.

Von Oberregierungsrat **Kobler** in München.

In Nummer 24 vom 21. August 1912 habe ich auf einige Schwierigkeiten aufmerksam gemacht, mit denen auch nach dem neuen Rechte die formelle Behandlung der Wiederaufnahme verbunden ist. In der Literatur bestehen aber noch andere Zweifelsfragen. So ist das gegenseitige Verhältnis der beiden Sätze, die § 1727 RVO. in seinem 2. Absatz vereinigt, nicht ohne weiteres klar. Weymann (Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 2. Aufl. S. 824) sieht auch im 2. Satze des Abs. 2 eine Ausnahme von der Regel des Abs. 1, und nicht eine Ausnahme von der des unmittelbar vorhergehenden Satzes. Appelius (Düttmanns Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. 1 S. 465) scheint dagegen den 2. Absatz als Ausnahme von der Regel des unmittelbar vorausgehenden 1. Satzes zu betrachten. Die Anschauung Weymanns dürfte den Vorzug verdienen.

Vollständig klar wäre dies, wenn der 2. Satz des Abs. 2 als 3. Absatz den vorausgehenden Regeln angereiht worden wäre. Doch möchte ich die Verbindung der beiden Regeln in einem Absatze nicht als ausschlaggebend für die Feststellung eines Unterordnungsverhältnisses ansehen. Die beiden Sätze des Abs. 2 sind wohl nur deshalb verbunden worden, weil sie beide die Regel des Abs. 1 ändern. In ihrem Verhältnis zueinander sind sie aber vollkommen gleichwertig und stehen deshalb auch vollkommen gleichgeordnet nebeneinander.

Schon der Wortlaut spricht keineswegs dafür, daß der zweite Satz von dem ersten abhängig wäre. Wenn sich der zweite Satz nur auf die Fälle des ersten beziehen sollte, so hätte dies wohl im Texte zum Ausdruck kommen müssen. Nach dem Worte „entscheidet" würde dann ein Hinweis auf eine solche nähere Verbindung, ein „etwa", „aber" oder „in solchen Fällen" nicht fehlen dürfen; desgleichen wäre der Bedingungssatz mit „wenn auch", oder „wenn zugleich" eingeleitet worden.

So kann man aber aus der glatten Gegenüberstellung mit Recht folgern, daß auch die in ihnen enthaltenen Regeln selbständig sind, daß somit das Oberversicherungsamt auch dann zu entscheiden hat, wenn nur ein in der Revisionsinstanz erlassenes Urteil auf Grund des § 1723 Ziff. 1, 2, 5, oder 6 angefochten wird.

Die Entstehungsgeschichte dürfte gleichfalls für diese Auffassung sprechen.

Der erste Entwurf einer Reichsversicherungsordnung sah in § 1763 die entsprechende Anwendung des § 584 ZPO. vor. Die

Digitized by Google

Zivilprozeßordnung führt aber die Zuständigkeit des Berufungsgerichts für alle Fälle ein, in denen ein in der Revisionsinstanz erlassenes Urteil aus ähnlichen Gründen angefochten wird. Der letzte Entwurf der Reichsversicherungsordnung hat in § 1680 schon denselben Wortlaut, wie er im § 1723 Gesetz geworden ist. Der Kommissionsbericht enthält nichts, was zur Auslegung verwendet werden könnte. Die spezielle Begründung des Gesetzentwurfs besagt, daß die Vorschriften der Zivilprozeßordnung (also auch § 584) in ihn hineingearbeitet und den besonderen Verhältnissen des Verfahrens in Sachen der Reichsversicherung angepaßt worden seien. Daß besondere Verhältnisse dieses Verfahrens für eine Einschränkung der aus § 584 ZPO. übernommenen Rechtsregel sprechen sollten, ist nicht einzusehen. Vielmehr ist aus der allgemeinen Begründung des Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung die Tatsache heranzuziehen, daß die Neuregelung des Verfahrens in der Reichsversicherungsordnung von der Absicht beherrscht wird, die Zuständigkeitsverhältnisse nach unten zugunsten einer ausgiebigen Entlastung der obersten Instanz zu verschieben.

Demnach wird die Zuständigkeit des Oberversicherungsamts in allen Fällen anzunehmen sein, die der Wortlaut des Schlußsatzes von § 1727 überhaupt gestattet.

Hiermit stehen auch die Ausführungen in Einklang, welche das Reichsversicherungsamt in der grundsätzlichen Revisionsentscheidung 1599 (Amtl. Nachr. 1912 S. 676 ff.) auf S. 678 insbesondere von Zeile 25 an bei der Auslegung des Abs. 2 von § 1445 entwickelt hat.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Stellvertretung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts.

Erlaß des **preuß. Ministers des Innern und der Finanzen** vom 6. Dezember 1912 — HMBl. S. 595 —.

Zur Behebung von Zweifeln, die bezüglich der Stellvertretung der Herren Regierungspräsidenten in ihrer Eigenschaft als Vorsitzender des der betreffenden Regierung angegliederten Oberversicherungsamts entstehen könnten, insbesondere zur Entscheidung der Frage, inwieweit die Herren Regierungspräsidenten befugt sind, diese Vertretung auch dem ihnen beigegebenen Oberregierungsrat zu übertragen, sehen wir uns veranlaßt, nachstehendes zu bemerken:

Durch die Vorschrift im § 67 RVO., daß als ständiger Vertreter des Vorsitzenden ein Direktor des Oberversicherungsamts bestellt wird, ist zwingend bestimmt, daß in allen Angelegenheiten, die nach der Reichsversicherungsordnung zur Zuständigkeit des Oberversicherungsamts gehören, der Vorsitzende durch den Direktor, nicht aber durch den ihm als Regierungspräsident beigegebenen Oberregierungsrat zu vertreten ist. Die Frage ist somit, soweit die in § 61 RVO. aufgeführten Geschäfte in Betracht kommen, durch Bestimmung des Direktors des Oberversicherungsamts als Stellvertreter reichsrechtlich geregelt.

Anders verhält es sich mit den dienstpragmatischen Geschäften, die sich außerhalb der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung vollziehen und zu denen insbesondere die Personalangelegenheiten der mittleren, Kanzlei- und Unterbeamten, die Annahme und Beurlaubung dieser Beamten, die Gewährung von Unterstützungen u. dergl. sowie die Unterhaltung und Benutzung der Diensträume gehören. Hier tritt die Regel des § 20 des Landesverwaltungsgesetzes ein. Sofern nicht angeordnet wird, daß auch für diese Geschäfte dem Direktor des Oberversicherungsamts die Vertretung des Regierungspräsidenten obliegt, wird sie durch den letzterem beigegebenen Oberregierungsrat wahrzunehmen sein.

B. Zur Krankenversicherung.

Zum Begriff des „dringenden Falles" im Sinne des § 6a KVG.

Urteil des **Landgerichts I**, 7. Zivilkammer in **Berlin** vom 26. Februar 1912.

Mit dem Vorderrichter hat das Berufungsgericht nicht angenommen, daß in dem vom Kläger vorgetragenen Sachverhalt ein dringender Fall im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes zu sehen ist. Wenn man auch von der nicht bestrittenen klägerischen Behauptung, daß Frau H. sich in einem Zustande befand, welcher das sofortige Eingreifen eines Arztes erforderlich machte, ausgeht, so sind

Digitized by Google

darin allein noch nicht die Voraussetzungen des § 6a KVG. gegeben. Nicht die Schwere der Krankheit und das Erfordernis sofortiger ärztlicher Hilfe geben für sich allein einen Grund ab, ausnahmsweise statt eines Krankenarztes einen fremden Arzt beizuziehen; es müssen vielmehr besondere Umstände hinzutreten, die es rechtfertigen, daß dem Kranken die Anrufung des Kassenarztes billigerweise nicht zugemutet werden kann. Das ist im besonderen der Fall, wenn bei dringender Gefahr der Kassenarzt weitab wohnt oder infolge Abwesenheit aus seiner Wohnung oder aus sonstigen Gründen nicht sofort erreichbar ist oder seine Hilfe nicht sofort ausüben kann. Alles dies trifft im Falle der Frau H. nicht zu. Der an sich zuständige Kassenarzt Dr. L. wohnte nach dem Vortrage des Klägers nicht erheblich weiter von der H.schen Wohnung als der Kläger; er war nach seiner eidlichen Zeugenaussage auch zu der kritischen Zeit zu Hause und erreichbar. Darin aber, daß dem Ehemanne H. in dem fraglichen Augenblicke Namen und Adresse des zuständigen Kassenarztes nicht bekannt war, kann nicht ein besonderer die Anwendung der streitigen Vorschrift erfordernder Umstand gefunden werden, selbst wenn man in Rücksicht zieht, daß der Ehemann in der gefährlichen Lage seiner Ehefrau weder die Ueberlegtheit hatte, noch die Zeit mehr fand, den Kassenarzt aus dem Verzeichnisse festzustellen. Denn wenn auch die Verschlimmerung des Zustandes der Wöchnerin unvermutet und plötzlich eingetreten sein mag, so lag doch die Möglichkeit, daß ein Arzt zu der Geburt zugezogen werden mußte, immerhin im Bereiche der Erwägungen sowohl des Ehemanns wie der Kranken selbst. Daß von einem großen Teil der das Kassenpublikum bildenden Bevölkerungsschichten bei normal verlaufender Geburt ein Arzt überhaupt nicht zugezogen zu werden pflegt, schließt andererseits nicht aus, daß diesen Kreisen doch die Möglichkeit vor Augen steht, bei einer schweren Geburt den Arzt rufen zu müssen. Damit konnte und mußte die Frau H. also rechnen. Sie war demnach in gesunden Tagen in de rLage, sich über den Kassenarzt zu informieren und Vorsorge zu treffen, daß auch ihre Angehörigen sich vorkommendenfalls an diesen wandten. Ohne daß es also auf die Kenntnis des Ehemanns in dieser Beziehung oder auf dessen Fahrlässigkeit oder Verschulden ankommt, muß hier angenommen werden daß die Anrufung des Kassenarztes im wesentlichen infolge des Verhaltens der Frau H. unterblieben ist. Bei dieser Sachlage aber die Anrufung des Klägers mit der Dringlichkeit des Falles zu rechtfertigen, mußte als eine Ueberspannung des dem § 6a KVG. zugrunde liegenden gesetzgeberischen Gedankens bezeichnet werden. (Bl. f. Rechtspfl.)

(H.) **Bei Einweisung der Versicherten in die Lohnklassen (§ 20 Abs. 2 KVG.) sind für Berechnung des täglichen Arbeitsverdienstes Sonn- und Festtage als Arbeitstage mit zu berücksichtigen, wenn an ihnen versicherungspflichtige Beschäftigung geleistet wird.**

Bescheid des **Braunschw. Verwaltungsgerichtshofs** vom 13. Dezember 1911.

Bei dem von der Klägerin in § 12 ihres Statuts eingeführten Lohnklassensystem (§ 20 Abs. 2 KVG.) sind die Mitglieder nach ihrem wirklichen Arbeitsverdienst in die einzelnen Klassen einzureihen. Für die Klasseneinteilung nach einem fingierten Arbeitsverdienst bietet das Krankenversicherungsgesetz keinen Anhalt. Die Folgerung der Klägerin aus § 2b KVG. geht fehl. Dort ist der Ausschluß der Versicherungspflicht bestimmter Personengruppen bei einem Tagesverdienst von mehr als $6^2/_3$ M. vorgeschrieben, weil mit diesem Verdienst bei 300 Arbeitstagen im Jahr das Jahreseinkommen von 2000 M., das die obere Grenze für die Versicherungspflicht bilden sollte, erreicht wird. Dabei ist nicht unbeachtet geblieben, daß die zu diesen Gruppen gehörigen Betriebsbeamten usw. oft mehr als 300 Arbeitstage im Jahr haben, indem sie auch an Sonn- und Festtagen zur Arbeit bereit sein müssen. Bei ihnen würde sich danach der Tagesverdienst verschieden gestalten je nach der Zahl der Tage, an denen sie zur Arbeit verpflichtet sind. Von solchen Schwankungen mochte man aber die Versicherungspflicht nicht abhängig machen, und es ist deshalb bei denjenigen Betriebsbeamten usw. welche nicht nach Arbeitstagen gelohnt werden, für die Frage der Versicherungspflicht die Jahresvergütung entscheidend und nicht der erst durch Rechnung zu findende und vielleicht unsichere Tagesverdienst (vgl. v. Woedtke Anm. 4 zu § 2b KVG.). Diese Regelung der Versicherungspflicht ist im § 2b KVG. aus Gründen der Zweckmäßigkeit getroffen; aus ihr folgt nicht, daß auch im übrigen für das Krankenversicherungsgesetz nur mit 300 Arbeitstagen im Jahr bei festen Jahresbezügen zu rechnen sei (vgl. PrOVG. in Arb.-Versorgg. 1910 595). Wenn ist der von der Klägerin für ihre Ansicht angeführten Entscheidung des Bad. Oberverwaltungsgerichtshofs vom 7. Mai 1901 (Arb.-Versorgg. 1902 78) darauf hingewiesen ist, daß auch sonst in der sozialen Gesetzgebung die Zahl der Arbeitstage auf 300 im Jahr bemessen werde, so ist darin übersehen, daß in § 10 Abs. 2 Satz GUVG. ein abweichender Berechnungsmaßstab verordnet ist, sofern die übliche Betriebsweise eine höhere oder niedrigere Zahl von Arbeitstagen ergibt, und daß auch § 24 III JVG. bei festen Bezügen für längere Arbeitsperioden eine abweichende Berechnung vorschreibt, falls die Vergütung höher ist als der

Digitized by Google

300fache Betrag des für die Krankenkassenbeiträge maßgebenden durchschnittlichen Tagelohns oder wirklichen Arbeitsverdienstes. Die von der Klägerin ferner in Bezug genommene Entscheidung des Gemeindevorstandes in Eisenach vom 23. Juni 1909 (Arb.-Versorgg. 1910 489) fußt bei der Zuteilung der Versicherten in die Lohnklassen auf einer Satzungsvorschrift der in Frage kommenden Krankenkasse, nach der zum Zwecke der Berechnung der Beiträge und Kassenleistungen allgemein das Arbeitsjahr zu 300 Arbeitstagen angenommen ist ohne Rücksicht darauf, ob der Versicherte zur Sonntagsarbeit verpflichtet ist oder nicht. Ganz abgesehen davon, daß eine solche Bestimmung nicht bedenkenfrei ist, da § 26 a KVG. sie nicht vorsieht, trifft die Entscheidung schon um deswillen für den Streitfall nicht zu, weil im Statut der Klägerin eine gleiche oder ähnliche Vorschrift nicht enthalten ist. Die Urteile des Amtsgerichts Uelzen und des Landgerichts Lüneburg vom 18. Januar und 29. März 1910 (Arb.-Versorgg. 1910 594), die die Klägerin gleichfalls zur Unterstützung ihrer Ansicht heranzieht, verallgemeinern, wie oben ausgeführt ist, mit Unrecht die Sonderregelung bezüglich der Versicherungspflicht im § 2 b KVG. dahin, daß auch für die Zuteilung zu den Lohnklassen die Annahme von 300 Arbeitstagen jährlich bei festen Jahresbezügen maßgebend sein soll. Auch dem Landgericht Darmstadt ist nicht zuzustimmen, wenn es im Urteil vom 9. November 1906 (Arb.-Versorgg. 1907 164) die Kasse „aus kassentechnischen Gründen" für ermächtigt hält, bei der Zuweisung in die Lohnklassen den Sonntag als Arbeitstag einzelner Gruppen von Versicherten auszuschalten. Der wirkliche Arbeitsverdienst der Versicherten, von dem ihre Zugehörigkeit zu einer bestimmten Lohnklasse abhängig ist, wird infolge dieser Ausschaltung nicht dargestellt. Die redaktionellen Auskünfte endlich in Arb.-Versorgg. 1907 755 Nr. 9; 1909 183 Nr. 4 und 270 Nr. 8 bewegen sich auf dem unsicheren Boden der angeführten Entscheidung des Bad. Verwaltungsgerichtshof, an der dieser Gerichtshof anscheinend noch festhält (vgl. Entscheidung vom 14. Dezember 1910 in Arb.-Versorgg. 1911 762). Diese ist mit überzeugender Begründung bekämpft von Appelius in Arb.-Versorgg. 1908 72, der darlegt, daß mangels einer positiven entgegenstehenden Gesetzesbestimmung der Sonn- und Festtag nicht aus der Zahl der Arbeitstage des Gesindes gestrichen werden dürfe und auch hinsichtlich der Frage der Teilung des Jahresarbeitsverdienstes, durch die Zahl der Arbeitstage berücksichtigt werden müsse. Auch das Preuß. Oberverwaltungsgericht kommt unter Ablehnung des Standpunktes des Bad. Verwaltungsgerichtshofs in der Entscheidung vom 10. März 1910 (Arb.-Versorgg. 1910 595) zu dem Ergebnis, daß für die Zuteilung zu den Klassen zu unterscheiden ist, ob an den Sonn- und Festtagen Arbeit von dem Versicherten geleistet wird oder nicht, und daß ersteren Falles die Sonn- und Festtage als Arbeitstage zu rechnen sind unter der Voraussetzung, daß an ihnen nach dem Gesetze die Arbeit geleistet werden darf, von deren Leistung die Versicherung gegen Krankheit abhängig ist; rechtfertigt sich hiernach die Beurteilung der Sonn- und Festtage als Arbeitstage, so sei der tägliche Arbeitsverdienst für die Klassenzuteilung unter Teilung des Jahreslohns bei Berücksichtigung der Sonn- und Festtage festzustellen. Der erkennende Gerichtshof pflichtet dieser Auffassung, die an die realen Verhältnisse anknüpft und Ungleichheiten in der Behandlung der Versicherten vermeidet, bei.

Die von der Klägerin in der Klagschrift gegen diesen Standpunkt sonst geltend gemachten Gründe sind nicht geeignet, ihrer Ansicht zum Siege zu verhelfen. Daß die Berechnungsmethode der Kasse nach ihrer Angabe in jahrelangem Brauche hier und an anderen Orten sich bewährt hat von der Herzogl. Kreisdirektion Br. gebilligt ist, kann nicht zur Anerkennung der Berechnungsart führen, wenn sie, wie dargelegt, mit dem Prinzip des Krankenversicherungsgesetzes nicht im Einklange steht. Eine etwaige Verschiedenheit in der Beitragsleistung der Versicherten, die Sonn- und Werktags arbeiten, und derjenigen, welche nur an Werktagen beschäftigt werden, wird nach Ansicht des Gerichtshofes wesentliche Schwierigkeiten nicht hervorrufen. Wird in dem Anmeldeformular die Beantwortung der Frage verlangt, ob der Versicherte auch zur Sonntagsarbeit verpflichtet ist, so wird die Einweisung in die zutreffende Lohnklasse sich unschwer bewerkstelligen lassen, ebenso die Beitragsberechnung, falls § 30 des Statuts nach der in § 26 a Ziff. 6 KVG. vorgesehenen Weise einer Aenderung unterzogen werden sollte. Daß eine weitere Differenzierung der Versicherten einzutreten hätte, ist ebensowenig einzusehen, wie abzulehnen ist, daß die Durchführung der vom Beklagten angeordneten Berechnungsmethode in der Praxis als unmöglich sich erweisen sollte.

Nach diesen Erwägungen steht die angegriffene Entscheidung auf gesetzlicher Grundlage, wenn sie die Dienstmagd A. P., die nicht nur an Werktagen, sondern auch an Sonn- und Festtagen zur Lohnarbeit für ihre Dienstherrschaft verpflichtet ist, nach ihren jetzigen Bezügen der vierten Mitgliederklasse zuweist.

Digitized by Google

(H) **Aufsichtsbehörde der in den Städten ansässigen Krankenkassen. Geschäftsfähigkeit eines minderjährigen Dienstboten in Krankenversicherungssachen; § 133 BGB. Bemessung des Wertes von Naturalbezügen bei der Klasseneinteilung der Versicherten. Verzugszinsen.**

Bescheid des **Braunschw. Verwaltungsgerichtshofs** vom 22. März 1911.

Als Aufsichtsbehörde der Kl. ist im § 37 des Kassenstatuts die Herzogliche Kreisdirektion Holzminden bezeichnet. Diese Bestimmung stand weder mit § 6 der zur Zeit des Inkrafttretens des Statuts noch gültigen Versicherungsordnung vom 5. Dezember 1892 Nr. 58 im Einklange, noch ist sie vereinbar mit I § 2 der jetzt in Geltung befindlichen Versicherungsordnung vom 14. März 1904 Nr. 14. Beide Verordnungen überweisen die Aufsicht über die in den Städten ansässigen Betriebskrankenkassen dem Stadtmagistrat. Da die Domäne W. durch § 9 Gesetz vom 23. März 1872 Nr. 16 mit dem Stadtbezirke E. verbunden ist, so ist der beklagte Stadtmagistrat und nicht die Herzogliche Kreisdirektion Holzminden die Aufsichtsbehörde der Kl.; die Bestimmung des § 37 des Kassenstatuts hätte nach §§ 23 Abs. 3, 64 KVG. nicht genehmigt werden dürfen, sie läuft gesetzlichen Vorschriften zuwider und ist deshalb unverbindlich (Hahn 6. Aufl. Anm. 1 zu § 24; Anm. 9 zu § 2 KVG.).

Wenn hiernach auch die Passivlegitimation des Bekl. aus dem Statut nicht beanstandet werden kann, so ist doch aus einem anderen Gesichtspunkte für die angegriffene Entscheidung noch kein Raum. Das Einschreiten der Aufsichtsbehörde setzt eine Streitigkeit zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse voraus (§§ 58, 65 Abs. 3 KVG.). Hier ist die Versicherte die 17jährige Dora Sch., die, wie unbedenklich angenommen werden darf, mit Ermächtigung ihres gesetzlichen Vertreters den Dienst auf der Domäne W. angetreten hat. Trotz ihrer Minderjährigkeit ist sie demnach gemäß § 113 BGB. für Rechtsgeschäfte, die die Eingehung oder Aufhebung des Dienstverhältnisses oder die Erfüllung der aus ihm sich ergebenden Pflichten angehen, unbeschränkt geschäftsfähig, und diese ihre Geschäftsfähigkeit umfaßt nach der ständigen Rechtsprechung des Verwaltungsgerichtshofs auch solche Rechtsgeschäfte, welche die Wahrnehmung ihrer Rechte und die Erfüllung ihrer Pflichten gegenüber der Krankenkasse betreffen (Braunschw. Z. 54 B. 40; 56 B. 51; 57 B. 35). Nach § 52 ZPO. besitzt die Dora Sch. daher auch Prozeßfähigkeit für Rechtsstreitigkeiten, die aus diesem ihrer Zuständigkeit unterworfenen Kreise von Geschäften erwachsen. Sie hätte mithin ihre Ansprüche gegen die klägerische Kasse selbst geltend machen müssen; ohne besondere Vollmacht war ihr gesetzlicher Vertreter hierzu nicht befugt. Wenn auch in dem mit Formenzwang nicht umkleideten Verfahren vor der Aufsichtsbehörde von der Vorlegung einer schriftlichen Vollmacht abgesehen werden konnte, so mußte doch aus dem Vorbringen des Antragstellers Fritz Sch. irgendwie dessen Vollmachtsverhältnis ersichtlich werden. Das ist aber nicht geschehen; aus den Worten des Protokolls vom 1. November 1910: „Da mir nun das Mädchen viel Kosten verursacht, möchte ich gern das Krankengeld für meine Tochter haben", und „Ich bitte mir zu meinem Rechte zu verhelfen", ist vielmehr zu schließen, daß Fritz Sch. aus eigenem Rechte oder doch kraft seiner gesetzlichen Vertretungsmacht den Anspruch hat verfolgen wollen. Dazu war er nicht befugt. Der beklagte Stadtmagistrat hätte ihn befragen müssen, ob seine Tochter mit Geltendmachung ihrer Rechte auf Krankengeld ihn beauftragt habe. Wie Sch.s Antrag gestellt und begründet war, konnte er keine rechtliche Grundlage für die angefochtene Entscheidung bilden (vgl. auch Bescheid des Verwaltungsgerichtshofs vom 30. November 1910 in S. der Gemeinsamen Ortskrankenkasse zu Blankenburg gegen den dortigen Stadtmagistrat Nr. 97/10). — Diese läßt deshalb die tatsächlichen Voraussetzungen (Streitigkeit im Sinne des § 58 KVG.) nicht erkennen, auf denen sie beruhen soll, und unterliegt nach § 9 VerwRpflG. der Aufhebung. In dem erneuten Verfahren wird der Beklagte die gegen die Aktivlegitimation des Fritz Sch. erhobenen Bedenken zu berücksichtigen und, falls Sch. sie nicht beseitigt, dessen Anspruch abzuweisen haben.

Der Verwaltungsgerichtshof hält es für angezeigt, zu den sachlichen Streitpunkten schon jetzt Stellung zu nehmen, da die Gründe der angegriffenen Entscheidung, soweit sie mit dem Zinsanspruch sich befassen, von unrichtigen Rechtsanschauungen nicht frei sind.

Ob das Krankengeld für Dora Sch. nach der 3. oder 4. Klasse zu berechnen ist, richtet sich nach dem Werte der in Gestalt von freier Wohnung und Kost von ihr verdienten Naturalbezüge. Diese gelten als Lohn im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes und werden nach dem Durchschnittswerte in Ansatz gebracht, der von der Herzogl. Kreisdirektion als unteren Verwaltungsbehörde festgesetzt wird (§ 1 Schlußsatz KVG.; VO. vom 14. März 1904 Nr. 14 unter I § 1 Ziff. 3). Sollte eine derartige Festsetzung nicht schon durch eine allgemeine Verfügung der genannten Behörde für die Naturalbezüge weiblicher Dienstboten getroffen sein, so wird sie der Beklagte anläßlich dieses Streitfalles einzuholen haben.

Die Zinsverpflichtung leitet die angefochtene

Digitized by Google

Entscheidung einmal aus der von der Klage bestrittenen Tatsache her, daß Fritz Sch. am 16. Oktober 1910 das Krankengeld vom Oberamtmann H. vergeblich gefordert habe, und sodann aus dem Umstande, daß die Klägerin auch nach der am 6. Dezember 1910 erfolgten Aufforderung der Aufsichtsbehörde, das Krankengeld zu zahlen, untätig geblieben sei. Wenn diesen beiden Vorhängen rechtliche Wirkung beizumessen wäre, so gätten doch erst vom Datum jener Vorgänge ab nach § 284 Abs. 1 BGB. Zinsen zugebilligt werden können, es sei denn, daß die Verzugsfolgen nach § 284 Abs. 2 BGB. auch ohne Mahnung eingetreten wären. Letzteres ist hier nicht der Fall, wenn auch die Zeit der Krankengeldleistung im § 4 Abs. 3 des Statuts entsprechend der Vorschrift des § 6 Abs. 3 KVG. kalendermäßig bestimmt ist. Nach Art. 92 EinfGes. BGB. sind die Vorschriften des Landesrechts in Kraft geblieben, nach denen Zahlungen aus öffentlichen Kassen an der Kasse in Empfang zu nehmen sind; zu den öffentlichen Kassen im Sinne dieser Bestimmung gehören aber nicht nur die Staats- und Kommunalkassen, sondern überhaupt die Kassen der juristischen Personen des öffentlichen Rechts (Planck BGB. VI Anm. 1 zu Art. 92 EinfGes.), mithin auch die klägerische Betriebskrankenkasse (§§ 25, 64 KVG.; Hahn 6. Aufl. Anm. 1 zu § 16). Demgemäß hat unsere Landesgesetzgebung den Leistungen aus öffentlichen Kassen im § 21 EinfGes. BGB. den Charakter der Holschuld verliehen. Der Bezugsberechtigte hat sich demnach zur Empfangnahme des Krankengeldes an der Kasse einzufinden, und diese würde erst dann in Verzug geraten, wenn sie dem zu diesem Zwecke erschienenen Versicherten das Krankengeld nicht auszahlt (Planck BGB. II Anm. 7b zu § 284). Daß aber Dora Sch. bei der Fälligkeit der Einzelbeträge diese jemals an der Kasse angefordert hätte, ist nicht behauptet; aus der Sachdarstellung ihres Vaters ist vielmehr das Gegenteil zu entnehmen. Hiernach liegt die in der Entscheidung ausgesprochene Zinsverpflichtung aus § 284 Abs. 2 BGB. nicht vor. Es bleibt zu untersuchen, ob die oben mitgeteilten Vorgänge vom 16. Oktober und 6. Dezember 1910 eine Verbindlichkeit der Klage zur Zahlung von Zinsen seit diesen Tagen herstellen. Auch diese Prüfung führt zu einem verneinenden Ergebnis. Erst auf eine Mahnung des Gläubigers nach Eintritt der Fälligkeit kommt der Schuldner nach § 284 Abs. 1 BGB. in Verzug, der eine Verzinsung rechtfertigt. Die Aufforderung der Aufsichtsbehörde vom 6. Dezember 1910 vermag diese Wirkung nicht auszuüben. Aber auch das Zahlungsbegehren des Fritz Sch. vom 16. Oktober 1910 enthält keine wirksame Mahnung. Es kann dahingestellt bleiben, ob Fritz Sch. damals in Vollmacht der Bezugsberechtigten Dora Sch. das Krankengeld gefordert hat; keinesfalls hat er das Verlangen an der richtigen Stelle angebracht. Denn der Oberamtmann H., bei dem Sch. wegen des Krankengeldes vorstellig geworden sein will, hat die klägerische Betriebskrankenkasse nicht zu vertreten; Erklärungen, die an ihn gerichtet sind oder von ihm ausgehen, sind für die Kasse nicht verbindlich. Nach § 27 Abs. 2 des Kassenstatuts vertritt der Vorstandsvorsitzende die Kasse nach außen bei allen Rechtsgeschäften und Erklärungen mit Ausnahme von Verträgen, und nach § 26 Abs. 1a daselbst ist ein Vertreter des Domänenpächters, der von diesem auf die Dauer von zwei Jahren ernannt wird, Vorsitzender des Vorstandes. Die Unkenntnis dieser statutarischen Bestimmung kommt Dora Sch. nicht zugute. Ist ihr ein Kassenstatut beim Dienstantritt nicht verabfolgt, so hätte sie ein Exemplar anfordern müssen. Daß sie dies vergeblich getan hätte, ist nicht behauptet. Auch war es nicht mit erheblichen Schwierigkeiten verknüpft, die Bestimmungen im Kassenlokal oder bei einem Mitversicherten einzusehen.

Nach diesen Erwägungen scheint die Verpflichtung der Kasse zur Zahlung von Zinsen in den gesetzlichen und statutarischen Vorschriften nicht begründet zu sein.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfall eines sechsjährigen Knaben, der auch sonst schon zu landwirtschaftlichen Arbeiten herangezogen wurde, beim Holen einer Kaffeeflasche für die auf dem Acker tätigen Personen im Auftrage seiner Mutter als landwirtschaftlicher Betriebsunfall anerkannt.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 4. Mai 1912.

Nach dem Ergebnisse der Verhandlungen kann angenommen werden, daß der sechsjährige Kläger im Auftrage seiner Mutter die Flasche holen wollte und daß in die Flasche der Kaffee für die auf dem Kartoffelacker tätigen Personen, darunter zwei fremde Personen, gefüllt werden sollte. Wie die Zubereitung, so ist aber auch die Mitnahme des Kaffees für die Feldarbeiter eine landwirtschaftliche Betriebstätigkeit (zu vgl. Handb. der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. 2 S. 21 Anm. 37 Nr. 6 zu § 1 LUVG und Bd. 1 S. 111 Anm. 52 zu § 1 GUVG.). Bei einer zur Mitnahme des Kaffees gehörigen Handlung ist der Kläger verunglückt. Dabei war er trotz seiner Jugend „Arbeiter", denn es war eine ernstliche,

Digitized by Google

nicht spielartige Tätigkeit. Zudem war der Kläger auch sonst schon zu landwirtschaftlichen Arbeiten herangezogen (zu vgl. a. a. O. Bd. 2 S. 15 Anm. 23 b zu § 1 LUVG.). Ein landwirtschaftlicher Betriebsunfall war daher anzuerkennen und die Beklagte zur Entschädigung des Klägers zu verurteilen. (Breithaupt, Samml.)

Die Erklärung des Verletzten, daß er sich seine Ansprüche gegen die Berufsgenossenschaft vorbehalte, ist als eine bedingte Anmeldung des Entschädigungsanspruchs anzusehen, welche die Verjährung hindert.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 8. Mai 1912.

Die Erklärung des Klägers bei der Unfalluntersuchung vom 16. April 1905: „Ich habe jetzt noch Schmerzen am Fuß, er ist auch immer noch angeschwollen. Ich behalte mir daher meine Ansprüche vor" enthält eine bedingte Anmeldung des Entschädigungsanspruchs, die innerhalb der zweijährigen Ausschlußfrist bei der Berufsgenossenschaft eingegangen ist (zu vgl. Anm. 5 zu § 72 GUVG., Handb. der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. 1 S. 485). Diese Anmeldung hindert den Ausschluß des Anspruchs durch Zeitablauf. Ein Widerspruch mit der von der Beklagten angeführten abweichenden Rekursentscheidung, der zu einer Verweisung der Sache an den Erweiterten Senat führen mußte, liegt insofern nicht vor, als es sich bei jenem Falle zwar um eine ähnliche Erklärung des Verletzten handelte, aber die Unfallfolgen damals völlig abgeklungen waren, und der Verletzte sich seine Ansprüche wegen etwaiger künftig neu auftretender Folgen vorbehielt.

(Breithaupt, Samml.)

Voraussetzung für die Befugnis einer Krankenkasse, einen Rentenanspruch vor den Instanzen der Unfallversicherung selbständig zu verfolgen; Begrenzung des hierzu erforderlichen rechtlichen Interesses an der Feststellung der Rente. Wegen vorübergehender Leistungen kann Ersatz nach § 25 GUVG. nicht nur aus Rentenbeträgen gefordert werden, die für die gleichen Zeiträume zu leisten sind.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 14. Mai 1912.

Nach der Rekursentscheidung vom 22. Oktober 1910 (Rekursentscheidung 2460, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1911 S. 390) ist die Ortskrankenkasse im vorliegenden Falle, in dem die Rechtsnachfolger des inzwischen verstorbenen G. sich an dem Verfahren nicht beteiligen wollen, berechtigt, den Rentenanspruch im Wege einer Feststellungsklage selbständig zu verfolgen. Diese Befugnis steht ihr aber nur insoweit zu, als sie an der Feststellung der Rente ein rechtliches Interesse hat. Hinsichtlich der Zeit vom 27. April 1908 bis 10. Juli 1908 ist ein solches Interesse nicht anzuerkennen. Denn die Beklagte hat entsprechend ihrer früheren Stellungnahme auch noch ausdrücklich erklärt, daß sie ihre Verpflichtung zur Gewährung einer Teilrente von 20 % für diese Zeit nicht bestreite, wie sie ja auch für diesen Zeitraum tatsächlich die Teilrente von 20 % dem Verletzten oder seinen Rechtsnachfolgern ausgezahlt hat. Die Klägerin hat bei dieser Sachlage kein berechtigtes Interesse daran, diese Verpflichtung jetzt noch durch Urteil festgestellt zu sehen, wenngleich der bereits unterschriebene berufsunfähige Bescheid über diese Rentenzahlung dem Verletzten nicht mehr hat zugestellt werden können. Dagegen besteht ein Feststellungsinteresse der Ortskrankenkasse hinsichtlich der Zeit vom 19. Januar 1908 bis zum 9. Februar 1908. Insoweit bestreitet die Beklagte die Verpflichtung zur Zahlung einer Unfallrente. Andererseits ist das Interesse der Klägerin auch noch nicht durch die von der Vorinstanz getroffene Feststellung der Vollrente für die Zeit vom 10. Dezember 1907 bis 18. Januar 1908 und vom 10. Februar 1908 bis 26. April 1908 erschöpft. Denn sie kann, da es sich um zwei getrennte Krankheitsfälle handelt, aus zweimal drei halben Monatsraten der Rente des Verletzten bis zur Höhe ihrer Krankengeldaufwendung Ersatz verlangen. Diesem Anspruch kann aus der für Zeiträume von 40 und 77 Tagen festgestellten Vollrente, die bei einem Monatsbetrage von 67,30 M. insgesamt 258,88 M. beträgt, nicht genügt werden, da die Klägerin Krankengeld in Höhe von 256,50 M. an den Verletzten gezahlt hat. Sie kann daher auch eine Feststellung darüber verlangen, ob abgesehen von den Zeiträumen, für die die Vollrente festgestellt ist, für die Zeit vom 19. Januar 1908 bis 9. Februar 1908 die Beklagte zur Gewährung einer Teilrente von 20 % an den Verletzten verpflichtet war. Die Ansicht des Schiedsgerichts, dieser Anspruch bestehe deshalb nicht, weil die Klägerin das Krankengeld, wegen dessen sie Ersatz sucht, nicht für den gleichen Zeitraum gewährt habe, geht fehl. Denn wegen vorübergehender Leistungen kann Ersatz nach § 25 GUVG., wie er hier in Frage steht, nicht nur aus Rentenbeträgen gefordert werden, die für die gleichen Zeiträume zu leisten sind (zu vgl. Hoffmann-KVG. Anm. 8 zu § 25 GUVG. S. 550). Um vorübergehende Leistungen der Klägerin handelt es sich aber im vorliegenden Falle. Formelle Bedenken stehen mithin dem Antrage der Klägerin hinsichtlich der Zeit vom 19. Januar 1908 bis zum 9. Februar 1908 nicht entgegen. Er ist aber auch sachlich begründet. Denn der Verletzte war nach dem Gutachten des Arztes Dr. M. in M. vom 20. August 1909, der ihn eine Zeitlang behandelte und dem das

Digitized by Google

Reichsversicherungsamt gefolgt ist, in der fraglichen Zeit durch die infolge des Unfalls vom 30. April 1907 eingetretene Verschlimmerung der bereits vorhandenen Gelenksentzündundung der rechten Hand um 20 % in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt.

Einem Bierfahrer einer Brauerei ist die Hälfte der ihm gewährten „Tantieme" bei Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes angerechnet, weil nach freier Schätzung die Tantieme nur insoweit als ein wirtschaftlicher Vorteil für den Bierfahrer angesehen ist.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 18. Mai 1912.

Zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Bierfahrer einer Brauerei war streitig, inwieweit die dem letzteren gewährte Tantieme bei der Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes berücksichtigt werden müsse. Auf den Rekurs der Berufsgenossenschaft hat das Reichsversicherungsamt folgendes ausgeführt:

Gemäß § 6 GUVG. gelten als Gehalt oder Lohn im Sinne des Gesetzes auch Tantiemen, welche den Versicherten, wenn auch nur gewohnheitsmäßig, gewährt werden und ganz oder teilweise an Stelle des Gehalts oder Lohnes treten. Die den Bierfahrern der E.er Brauerei gewährte Tantieme stellt nach Auskunft der Leitung der Brauerei teilweise einen Entgelt für Arbeitstätigkeit dar, da die Bierfahrer oft bis nachts 12 oder 1 Uhr unterwegs seien; teilweise haben sie allerdings auch als Ersatz für die im Interesse der Brauerei gemachten Auslagen zu gelten. Der Wochenlohn der einzelnen Bierfahrer werde mit Rücksicht auf die Tantieme festgesetzt, auf welche den Bierfahrern ein rechtlicher Anspruch zustehe. Die den Bierfahrern gewährte Tantieme bildet daher nicht nur eine Zulage für den vermehrten Aufwand außerhalb des Wohnorts, sondern in ihr ist auch ein Entgelt für Geschäftstüchtigkeit und Kundenvermehrung, also eine Art Provision, enthalten. Da ferner die Festsetzung des Wochenlohns mit Rücksicht auf die Tantieme, deren Höhe je nach der Geschäftstätigkeit des einzelnen Bierfahrers verschieden ist, erfolgt, so treffen die Voraussetzungen des § 6 GUVG. auch auf die, den Bierfahrern der E.er Brauerei gewährten Tantiemen insoweit zu, als in ihnen nicht lediglich der Ersatz für Auslagen, sondern die Gewährung eines wirtschaftlichen Vorteils zu erblicken ist. Das letztere ist aber der Fall, weil trotz der gegenteiligen Aussagen mehrerer Bierfahrer, wie das Beispiel des Zeugen K. zeigt, bare Ersparnisse gemacht werden können und nach Ansicht des erkennenden Senats wahrscheinlich auch von jedem gemacht worden sind weil die Kosten des Unterhalts während der Bierfuhren, die sonst aus dem Lohne gemacht werden müßten, aus der Tantieme gedeckt werden konnten, diese also eine Verringerung der Kosten des eigenen Haushalts gestattet, weil endlich der Bezug der Tantieme die Erhaltung und Vermehrung der Kundschaft und damit die Erhaltung und Mehrung der eigenen Einnahmen des Bierfahrers ermöglicht.

Auf welche Summe sich der aus der Tantieme gezogene wirtschaftliche Vorteil bei jedem einzelnen Bierfahrer, insbesondere bei dem Kläger belief, ist schwer zu entscheiden. Der erkennende Senat war der Anschauung, daß eine weitere Beweiserhebung in dieser Richtung nur neue Schätzungen, aber keine positiven Tatsachen erbringen werde. Welcher Teilbetrag der Tantieme als wirtschaftlicher Vorteil anzusehen ist, mußte daher nach freiem Ermessen entschieden werden. Unter Berücksichtigung der obigen Darlegungen erschien es billig, die Hälfte der gewährten Tantieme als wirtschaftlichen Vorteil zu bewerten. Demnach war der Jahresarbeitsverdienst des Verletzten auf 1337,67 M. + 225,00 M. d. i. auf 1562,67 M. anzusetzen. Gemäß § 10 Abt. 1 EUVG. kommt jedoch der 1500 M. übersteigende Betrag nur mit einem Drittel zur Anrechnung. Der der Rentenberechnung zugrunde zu legende anrechnungsfähige Jahresarbeitsverdienst beläuft sich daher auf 1520,89 M. Hiernach rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

(Schm.) **Unfall beim Sammeln von Tannenzapfen: entschädigungspflichtiger Betriebsunfall?**

Urteil des **Württ. Landesversicherungsamtes** vom 19. Oktober 1912.

Der Landwirt und Holzhauer G. in T. ist am 1. September 1911 verunglückt: mit Abbrechen von Tannenzapfen in einem Staatswald des Königl. Forstamts D. beschäftigt, stürzte er ab und erlitt, wie es in der Unfallanzeige heißt, eine „Verrenkung des ganzen Unterkörpers". Nach der Auskunft des Königl. Forstamts hat G. für die Erlaubnis zum Sammeln von Weiß- und Rottannenzapfen an die Forstverwaltung eine Gebühr von 6 M. bezahlt und dabei die Erklärung unterschrieben, daß er das Sammeln auf eigene Gefahr und Rechnung betreibe und auf jeden Anspruch an die Forstverwaltung im Falle eines Unglücks verzichte.

Die zuständige Forstbehörde hat denn auch der landw. Berufsgenossenschaft für den . . . kreis gegenüber erklärt, daß sie den Unfall des G. nicht als einen Unfall im forstlichen Betrieb ansehe und deshalb eine Entscheidung über einen etwaigen Rentenanspruch des Verunglückten nicht zu geben habe. Die landw. Berufsgenossenschaft hat aber ihrerseits einen Anspruch auf Entschädigung aus dem Unfall mit der Begründung abgelehnt, dem G. stehe ein Anspruch an die Staatsforstverwaltung zu, in deren Bereich der Unfall sich ereignet habe; es habe sich um eine Aberntungsarbeit im Interesse der Forstverwaltung gehandelt; an der Entschädigungspflicht der Forstverwaltung könne die von dem Verunglückten abgegebene Erklärung, daß er auf einen Anspruch an diese für den Fall einen Unglücks verzichte, nichts ändern.

Gegen diesen Bescheid hat G. rechtzeitig Berufung ans Schiedsgericht erhoben mit dem Vorbringen, er habe das Sammeln der Tannenzapfen als Nebenbetrieb seines landwirtschaftlichen Betriebs besorgt, weil er die Schuppen

Digitized by Google

zur Streu und Feuerung verwende: er halte sich deshalb für berechtigt, an die landw. Berufsgenossenschaft Entschädigungsansprüche zu erheben.

Das Schiedsgericht hat die Beklagte verurteilt, den Kläger aus dem Unfall als einem Betriebsunfall zu entschädigen im wesentlichen mit nachstehender Begründung:

„Nach der Ueberzeugung des Schiedsgerichts ist die ablehnende Haltung der Königl. Forstverwaltung gegen den Entschädigungsanspruch des Klägers richtig ‚Das im Wirtschaftsplane der Forstverwaltung nicht vorgesehene und lediglich gegen eine sogenannte Rekognitionsgebühr gestattete Pflücken und Sammeln von Tannenzapfen auf eigene Rechnung des Einsammlers zum Zwecke des Handels mit Samen ist dem forstwirtschaftlichen Betrieb nicht zuzurechnen.' (Zu vgl. Rekursentscheidung 1699, Amtl. Nachr. 1898 S. 244.) Darüber ferner kann ein Zweifel nicht bestehen, daß die auf Gewinnung von Tannensamen gerichtete Tätigkeit des G., der den gewonnenen Samen zu eigenem Nutzen wieder verkauft hat, seinem landw. Betrieb nicht zuzurechnen ist. Wenn das Schiedsgericht trotzdem dazu gekommen ist, den Unfall des Mannes als einen landw. Betriebsunfall, der von der Beklagten zu entschädigen ist, anzuerkennen, so geschah dies in der Erwägung, daß bei den Betriebsverhältnissen des Klägers die Gewinnung von Streu, aber auch von Brennmitteln, worauf die unfallbringende Tätigkeit des Verletzten nach seinen glaubhaften Angaben wenigstens im Nebenzweck gerichtet war, von nicht unwesentlichem wirtschaftlichem Wert gewesen ist. Gerade im Schwarzwald mit seinem geringen Getreidebau ist, wie dem Schiedsgericht auch aus andern Fällen bekannt ist, das Gewinnen von Streumitteln von erheblicher Bedeutung für die landw. Betriebe. Bei dem Umfang, in welchem G. das Einsammeln von Tannenzapfen seit einer Reihe von Jahren betrieben hat, hatten die nebenbei gewonnenen Schuppen der Tannenzapfen für ihn einen nicht unerheblichen wirtschaftlichen Wert. Im Hinblick also darauf, daß die Tätigkeit des G., bei welcher er zu Schaden kam, wenigstens zu einem nicht unwesentlichen Teil seinem eigenen landw. Betriebe zugute gekommen ist, hat für die dabei eingetretene Schädigung nach der Ueberzeugung des Schiedsgerichts die landw. Berufsgenossenschaft aufzukommen."

Gegen diese Entscheidung hat die Berufsgenossenschaft Rekurs erhoben, welcher durch Urteil des Königl. Landesversicherungsamts vom 19. Oktober 1912 zurückgewiesen worden ist.

Aus den Gründen:

„Da im vorliegenden Fall auch die Staatsforstverwaltung als entschädigungspflichtig in Frage kam, so wurde die Königl. Forstdirektion gemäß §§ 88 UVG. für Land- und Forstwirtschaft zur Verhandlung beigeladen. Dieselbe lehnte eine Entschädigungspflicht der Staatsforstverwaltung ab und teilte noch weiter mit, daß es sich bei dem von G. für das Sammeln der Tannenzapfen bezahlten Preis um eine Rekognitionsgebühr und nicht um einen Kaufpreis gehandelt habe, sowie daß solche Einnahmen von Zapfensammlern keinen regelmäßigen Ertrag des Forstbetriebs darstellen und daher auch nicht im Wirtschaftsplan vorgesehen seien. Nach einem durch die Königl. Zentralstelle für die Landwirtschaft vermittelten Gutachten eines landw. Sachverständigen sei der Hauptzweck des Zapfensammelns die Samengewinnung; jedoch könne dem Vorbringen des Verletzten, es erfolge das Sammeln von Zapfen nicht nur zur Gewinnung von Samen, sondern auch zu Streu-, Dünge- und Brennzwecken, nicht gänzlich widersprochen werden."

. . . . . .

„Nach den angestellten Erhebungen handelte es sich bei der Tätigkeit, bei der der Unfall sich ereignet hat, um ein im Wirtschaftsplan der Forstverwaltung nicht vorgesehenes, lediglich gegen eine mäßige Rekognitionsgebühr gestattetes Einsammeln von Tannenzapfen für eigene Rechnung des Sammlers zum Zwecke des Samenhandels. Eine solche Tätigkeit ist aber dem forstwirtschaftlichen Betrieb nicht zuzurechnen (zu vgl. Rek. Entsch. 1699 Amtl. Nachr. 1898 S. 244). Wenn in der Rekursschrift von dem Genossenschaftsvorstand auf einen in der Unfallversicherungssache des Schuhmachers A. in U. ergangenen Erlaß des Landesversicherungsamts vom 17. April 1899 Nr. 210 hingewiesen worden ist, so wird dabei verkannt, daß sich diese frühere Sache von der gegenwärtigen wesentlich dadurch unterscheidet, daß es bei der von A. seinerzeit ausgeübten Tätigkeit zugleich auf die Gewinnung von Samen aus den gesammelten Tannenzapfen für die Zwecke der Staatsforstverwaltung selbst abgesehen war, während G. die Tannenzapfen lediglich im eigenwirtschaftlichen Interesse sammelte. Das Landesversicherungsamt hat sodann auch die Annahme des Schiedsgerichts, daß die bei der Samengewinnung entstandenen Abfälle der Tannenzapfen wenigstens zu einem gewissen Teil auch dem landwirtschaftlichen Betrieb des Verletzten zugute kamen, für zutreffend erachtet. War dies der Fall, so konnte die in Frage stehende Tätigkeit dem versicherten landwirtschaftlichen Betrieb des G. zugerechnet werden, auch wenn sie im übrigen und zwar zum sehr überwiegenden Teil dem nicht versicherten Samenhandelsbetrieb diente (zu vgl. Rek. Entsch. 1141 und 1142 Amtl. Nachr. 1892 S. 309, sowie Rek. Entsch. 1591 Amtl. Nachr. 1897 S. 284)."

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Zur Erstattung von Anwaltskosten im verwaltungsgerichtlichen Streitverfahren § 103 LVG.

Beschluß des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 7. Senat, vom 17. Oktober 1912 — VII C 113.12 —.

„Der Bezirksausschuß zu Berlin hat in dem verwaltungsgerichtlichen Streitverfahren unter Bezugnahme auf den Beschluß des Oberverwaltungsgerichts 59, 468 das Auslagenpauschale des Anwalts in Höhe von 4 M. abgesetzt und darauf hingewiesen, daß Schreibgebühren bei der einschränkenden Vorschrift des § 103 LVG. nicht zu den von der unterliegenden Partei zu erstattenden baren Auslagen zu rechnen sind (OVG. 39, 595, 471). Hiergegen ist mit folgender Begründung Beschwerde ein-

Digitized by Google

gelegt und gebeten worden, daß das Oberverwaltungsgericht in eine neue Prüfung der hier in Rede stehenden Rechtsfrage eintrete.

Meines Ermessens berücksichtigt das Oberverwaltungsgericht in dem erwähnten Beschlusse nicht erschöpfend die Bestimmung des § 103 Abs. 1 Satz I LandesVerwG. Hiernach sind diejenigen Gebühren eines Rechtsanwalts zu erstatten, die für die Wahrnehmung der mündlichen Verhandlung zu zahlen sind. Es sind hiernach erstattungspflichtig die Kosten, die ein Rechtsanwalt von der Partei erheben kann, wenn er von ihr bloß für die Wahrnehmung der mündlichen Verhandlung bestellt wird. Nun würde ein Anwalt, der lediglich den Auftrag hat, eine Partei vor dem Bezirksausschuß oder dem Oberverwaltungsgerichte zu vertreten, selbst wenn er gar keinen Schriftsatz macht und das Ergebnis des Termins seinem Auftraggeber nicht schriftlich, sondern nur mündlich mitteilt, ohne weiteres den Auslagenpauschsatz in Gemäßheit des § 76 RAGebO. liquidieren können. Dieser Pauschsatz ist nach der Struktur der Gebührennovelle ein Zuschlag zu der dem Anwalt an sich zustehenden „Gebühr im engeren Sinne" dergestalt, daß er selbst in Ansatz gebracht werden kann — und unter Umständen bei Vermeidung einer disziplinaren Ahndung gebracht werden muß — wenn keine Auslagen an Schreibgebühren und Porti erwachsen sind, zu deren Deckung er an sich vom Gesetzgeber eingeführt ist (vgl. Verf d. Justizministers vom 20. März 1911, JMBl. 11, 115). Bezeichnend ist, daß selbst die Konferenz bzw. Ratsgebühr aus Art. 11 PrLandesGebO. oder § 47 RAGebO nach Art. 15 LandesGebO. ebenfalls den Ansatz der Zuschlaggebühr (Auslagenpauschale) rechtfertigt.

Bei der Beratung dieses Artikels in der Kommission bemerkte der Berichterstatter, daß nach der Fassung des ersten Absatzes anscheinend die Pauschsätze nur in den Fällen Platz greifen sollten, in welchen durch die Tätigkeit des Anwalts Schreibwerk und Postsendungen tatsächlich verursacht wird. Ein Regierungsvertre er bezeichnete dies jedoch sofort als ein Mißverständnis. Die Absicht sei, daß neben jeder Gebühr der Pauschsatz zur Anwendung kommen müsse, auch wenn Schreibwerk und Postsendungen nicht entstanden seien. Die Worte „soweit Schreibwerk und Postsendungen innerhalb des Rahmens einer gebührenpflichtigen Tätigkeit vorkommt" sollten nur besagen, daß Schreibwerk und Postsendungen, soweit sie nicht innerhalb des Rahmens einer gebührenpflichtigen Tätigkeit vorkommen, durch die Pauschsätze nicht gedeckt würden, sondern besonders vergütet werden müßten. In diesem Sinne hätten die fraglichen Worte auch in das Reichsgesetz betreffend die Gebührenordnung für Rechtsanwälte Aufnahme gefunden. Es bestand in der Kommission darauf allgemeines Einverständnis darüber, daß nach der vorliegenden Fassung des Art. 15 LandesGebO. neben jeder Gebühr der Pauschsatz zum Ansatze zu bringen ist, auch wenn Schreibwerk und Postsendungen nicht entstehen, wie z. B. bei bloß mündlicher Ratserteilung (vgl. Bericht der 11. Kommission des Abgeordnetenhauses vom 8. März 1910 Nr. 159 der Drucksache).

Erwähnt soll noch werden, daß auch auf dem Gebiete des Preuß. Gerichtskostengesetzes, sowie der NotGebO. vom 25. Juli 1910 allgemein angenommen wird, daß zusätzlich jeder Gebühr ein Pauschsatz zu erheben ist, selbst wenn nach der Art der Gebühr die Entstehung von Schreibkosten überhaupt unmöglich ist. So hat das KG. am 10. Februar 1911 entschieden, daß sogar die nach § 51 PrGKG. zu erhebende Wegegebühr den Ansatz eines Pauschsatzes erfordert (s. DJZ. 11, 1052 resp. KGJ. 41, B 327).

Die Beschwerde ist indes vom Oberverwaltungsgericht aus folgenden Gründen zurückgewiesen worden:

Der Kläger war im Revisionsverfahren bei einer Verhandlung vor dem Oberverwaltungsgerichte durch einen Rechtsanwalt vertreten und beantragt, nachdem er ein obsiegendes Urteil erstritten hatte, für Wahrnehmung dieser Verhandlung 13,65 M. und außerdem einen Auslagenpauschsatz von 4 M. nebst 50 Pf. Stempelkosten zur Erstattung festzusetzen. Der Bezirksausschuß hielt den Auslagenpauschsatz nicht für erstattungsfähig und billigte deshalb nur die übrigen Kosten zu. Hiergegen richtet sich die Beschwerde, die aber keinen Erfolg haben konnte.

Nicht nur der IX. Senat des Oberverwaltungsgerichts hat in OVG. 59, 471 abgedruckten Entscheidung ausgesprochen, daß die Pauschsätze aus § 76 RAGebO. nicht zur Erstattung berechnet werden können, sondern auch andere Senate haben sich dieser Auffassung angeschlossen. Insbesondere hat der jetzt beschließende Senat wiederholt seine Ansicht mit folgenden Ausführungen begründet:

„Auch die Pauschsätze für Schreib- und Postgebühren hat der Bezirksausschuß in Uebereinstimmung mit der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts in der Rechnung des Klägers gestrichen. Das Oberverwaltungsgericht sieht die Schreibgebühren nicht als Auslagen, sondern als wahre Gebühren an. Auch die Pauschsätze haben einen gebührenähnlichen Charakter; sie stellen jedenfalls nicht die wirklichen Auslagen dar, sondern bedeuten eine Erhöhung der sonstigen Gebühren, insoweit Schreib- und Postgebühren entstehen können. § 103 LandesVerwG. erklärt aber nur die tatsächlich entstandenen und nachgewiesenen Auslagen für erstattungsfähig, und hieran ist durch die neuere Gesetzgebung nichts geändert.

Das Reichsgericht hat allerdings in den Beschlüssen vom 23. Februar 1911 (RGZ. 75 311) und vom 29. Dezember 1911 (JW. 12, 253 Nr. 25) entschieden, daß der Pauschsatz als Ausgleichung einer durch die Auslagen bewirkten Vermögensminderung diene und somit die im § 98 RGKG. gewährte Gebührenfreiheit sich nicht auf die im § 80 b vorgesehenen Pauschsätze erstrecke. Indessen steht dieser Auslegung nicht die Auffassung im Wege, daß die Pauschsätze nicht Auslagen im Sinne des § 103 LandesVerwG. bedeuten. Abweichend von der Ansicht des Reichsgerichts hat übrigens das Kammergericht mit Bezug auf § 112 Abs. I a Preuß. GKG. angenommen, daß die Pauschsätze im Sinne dieses Gesetzes nicht die Eigenschaft von Auslagenvergütungen haben, sondern Gebührenanhänge seien (Entsch. vom 15. Dezember 1911, JMBl. 12, 17.)"

Auch bei erneuter eingehender Prüfung sieht sich der Senat nicht in der Lage, einen anderen Standpunkt einzunehmen. § 103 LandesVerwG.

Digitized by Google

versteht unter „Gebühren, soweit sie für Wahrnehmung der mündlichen Verhandlung zu zahlen sind" nach der ständigen Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts nur die reinen Gebühren, und schließt für die Erstattung insbesondere die Schreibkosten aus, die das Oberverwaltungsgericht stets als Gebühren und nicht als Auslagen angesehen hat. Waren aber unter dem früheren Rechtszustande die Schreibkosten, obwohl sie Gebühren waren, von der Erstattung ausgeschlossen, so kann sich dies nicht dadurch geändert haben, daß jetzt das Reichsgesetz die Einzelschreibgebühren beseitigt und die Gebühreneigenschaft der dafür eingesetzten Auslagenpauschsätze anerkannt hat. Unerheblich ist es, daß der Pauschsatz gegenüber dem Auftraggeber des Rechtsanwalts selbst dann berechnet werden kann, wenn kein Schreiben verfaßt und keine Postgebühr aufgewendet worden ist, obwohl dies mit Sicherheit für die Zukunft kaum je gesagt werden kann. Aber jedenfalls ist es für die Auslegung des § 103 a. a. O. nicht bedeutungslos", daß § 76 RAGebO. lautet:

Für die Herstellung des Schreibwerks . . . erhält der Rechtsanwalt Pauschsätze . . . Damit ist ausgedrückt, daß die Pauschsätze nicht „für Wahrnehmung der mündlichen Verhandlung zu zahlen sind", darauf kommt es aber nach § 103 an. (Bl. f. Rechtspfl.)

(H) **Verwaltungsstreitverfahren bei Ersatzansprüchen gegen Knappschaftskassen; Gesamtschuldverhältnis der Krankenkasse und des endgültig fürsorgepflichtigen Armenverbandes gegenüber dem vorläufig unterstützenden Armenverbande.**

Entscheidung d. **Braunschw. Verwaltungsgerichtshofs** vom 19. November 1912.

a) Die Zulässigkeit der Klage bedarf besonderer Prüfung, da nach § 74 Abs. 3 KVG. §§ 57 und 58 desselben auf Knappschaftskassen keine Anwendung finden (Hahn KVG. 6. Aufl. § 74 Anm. 4; Klostermann Preuß. BergG. 6. Aufl. § 173 Anm. 6), mithin weder der gesetzliche Forderungsübergang nach § 57, noch die Erledigung von Streitigkeiten nach § 58 KVG. sich vollzieht und die Verweisung der angefochtenen Entscheidung auf § 58 KVG. sowohl, wie auf § 174 BergG. die Zulässigkeit der Klage nicht rechtfertigt. Nach Arb.-Versorgg. 29 583 hat das Preuß. OVG. am 22. Februar 1912 entschieden, daß das Verwaltungsstreitverfahren für Ersatzansprüche der Armenverbände gegen Knappschaftskassen mangels Anwendbarkeit des § 57 KVG. entfalle und der ordentliche Rechtsweg offen stehe. Das entspricht dem § 186 II 1 Preuß. BergG., wonach in Krankenkassensachen gegen Entscheiduug des Oberbergamts Klage im ordentlichen Rechtswege gegeben ist. Das Braunschw. Berggesetz hat unterschiedliche Behandlung der Ansprüche auf Krankenkassenleistungen gegen Knappschaftskassen und gegen reichsgesetzliche Krankenkassen in § 189 abgelehnt und die Entscheidung der Bergbehörde unter Ausschluß des ordentlichen Rechtsweges als durch Verwaltungsklage anfechtbar bezeichnet (Bericht des Ausschusses der Landesversammlung vom 18. Januar 1910 Anl. 6 der Drucks. des 30. ordentl. LT. S. 22). Im § 176 BergG. ist der Übergang des Krankenunterstützungsanspruches auf den Armenverband nicht vorgesehen; dagegen trifft § 62 UWG. auch die Ansprüche von Knappschaftskassenmitgliedern, da Reichsrecht vor Landesrecht geht. (G. Meyer D. StaatsR. 6. Aufl. § 1672). Danach hat der unterstützende Armenverband gegen einen aus anderen als durch das Unfallversicherungsgesetz begründeten Titeln verpflichteten Dritten Anspruch auf Ersatz unter denselben Voraussetzungen, wie der Unterstützte. Diesem war die Verfolgung seines von der Klägerin bis 6. März 1911 anerkannten Anspruches nur nach § 189 a. a. O. möglich; zu den Voraussetzungen eines Anspruchs gehört seine Umkleidung mit Rechtsschutz und da die Beklagte über Höhe und Dauer des Unterstützungsanspruchs des F. auf seine Beschwerde hin entscheiden konnte, so war sie dazu auch berufen, nach Übergang seines Anspruchs auf einen Armenverband nach § 62 a. a. O.

b) Es ist unbestritten, daß der vorläufig unterstützende Armenverband Ersatzanspruch gegen den endgültig fürsorgepflichtigen Armenverband und gegen den Unterstützten, sowie gegen die ihm zahlungspflichtigen Dritten hat und daß er alle Ansprüche geltend machen kann wann und wie er will, ohne daß der endgültige pflichtige Armenverband ihn auf die anderen Ansprüche verweisen kann (Wohlers-Krech UWG. 12. Aufl. S. 272; Hahn KVG. 6. Aufl. S. 311). Nach Urteil des Bundesamts für das Heimatwesen 41 113 hatte Königsberg aus der Unterstützung des F. zwei Gesamtschuldner in Klägerin und in Schöningen mit der Besonderheit, daß die Erstattungspflicht Schöningens nach § 30 UWG. beschränkt war. Konnte also Königsberg bis zu voller Befriedigung wegen seiner Aufwendungen jeden der Schuldner belangen, so ging doch, soweit Schöningen leistete, die Forderung Königsbergs gegen Klägerin auf Schöningen über nach § 426 BGB.; sie darf aber nicht zum Nachteil Königsbergs geltend gemacht werden. Indessen ist Königsberg nicht völlig ungebunden in seiner Bewegungsfreiheit; es bedient sich eines übergegangenen Forderungsrechts, das nach § 426 BGB. bereits weiter übergegangen ist, so daß sowohl des Drittschuldners als des neuen Gläubigers Rechte berührt werden, Königsberg also alle Sorgfalt verwenden muß, die von einem aufmerksamen Verwalter der Armenpflege nach Lage

Digitized by Google

der Umstände gefordert werden kann (Wohlers-Krech a. a. O. S. 81). Als Königsberg am 12. Januar 1912 die Erstattungszusage Schöningens mit Hinweis auf Leistungspflicht einer Krankenkasse erhielt, war es geboten, die am 5. August 1911 durch Vernehmung der Witwe des inzwischen verstorbenen Unterstützten eingeleiteten Ermittlungen alsbald anzustellen, zumal der Abhörbogen vom 7. Dezember 1910 ersehen ließ, wo F. zuletzt gearbeitet hatte (Bl. 7, 15, 28 der Königsberger Akten). Der Ersatz aus Schöningen ist am 6. Juni 1911 in Königsberg vereinnahmt und erst am 14. September 1911 ist das erste Schreiben vom 8. September aus Königsberg bei Klägerin eingegangen, die erst nach längeren Verhandlungen mit Schöningen ihre Unterstützungspflicht anerkannte. Schöningen forderte nach Anerkenntnis der Klägerin vom 24. Juni 1911 am 27. Juni für Auslage an das städtische Krankenhaus in Königsberg 115,20 M. und erhielt erst durch Schreiben vom 18. August Nachricht, daß Klägerin 108 M. angewiesen habe. Klägerin hat also an Schöningen gezahlt, ohne ahnen zu können, daß noch ein anderer Armenverband fordern könne und unter Umständen besser berechtigt sei, als Schöningen. Die Klägerin trifft keinerlei Verschulden in Befriedigung Schöningens, da ihr fünf Monate nach der Beendigung von F.s Pflege noch nichts von Königsberg bekannt geworden war, sie vielmehr erst sechs Monate nach jener Beendigung von dort eine Aufforderung erhielt. Entgegen dem vom Preuß. Oberverwaltungsgericht in Arb.-Versorgg. 27 507 behandelten Falle muß hier angenommen werden, daß Klägerin die Forderung Königsbergs nicht kannte und bei dem Zeitablauf von fünf Monaten zwischen Fürsorgeende Königsbergs und Zahlung der Klägerin an Schöningen Königsberg aus § 426 BGB. keinen Anspruch auf Fernhalten von Nachteil erheben kann, den es nicht selbst zu vertreten hätte (BAH. 31 61). Das in der angefochtenen Entscheidung gegen Klägerin verwertete Urteil des BAH. 25 124 ist von letzterer mit Recht zu ihren Gunsten benutzt, da Schöningen bei Empfang der klägerischen Zahlung seiner Erstattungspflicht genügt hatte.

c) Aus den Akten der Klägerin ergibt sich aber, daß F. am 6. März nicht 26 Wochen lang unterstützt war, daß ihm vielmehr noch über den 13. März 1911 hinaus Unterstützung zu geben war. Klägerin hat demnach außer den anerkannten 85,60 M. für 6 Arbeitstage à 1,60 = 9,60 M. und für 7 Tage à 80 Pfg. = 5,60 M. im ganzen 100,80 M. an Königsberg zu zahlen nebst Zinsen seit 15. September 1911. Die angefochtene Entscheidung unterlag der Aufhebung, soweit sie neben den anerkannten 85,60 M. zu mehr als 15,20 M. nebst Zinsen darauf verurteilte.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Bestimmungen des Bundesrats, betreffend die Ausführung des § 372 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911.

Vom 22. Dezember 1912 — RGBl. S. 571 —.

Auf Grund des § 372 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) hat der Bundesrat bestimmt:

1. Die zur Sicherstellung der Beitragsleistung erforderliche Sicherheit muß mindestens denjenigen Beiträgen gleichkommen, welche für die bei der Versicherungseinrichtung versicherten, nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versicherungspflichtigen Angestellten jeweils aufgekommen sein würden, wenn sie bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte versichert gewesen wären. Außerdem sind die Zinsen und Zinseszinsen zu jährlich dreieinhalb vom Hundert der berechneten Beitragssumme zu sichern. Die Verzinsung beginnt vom 15. des auf den Beitragsmonats folgenden Monats ab; die Zinsen sind jährlich im voraus zu berechnen und mit der fälligen Beitragssumme sicher zu stellen.
2. Die Versicherungseinrichtung hat spätestens bis zum 15. des auf den Beitragsmonat folgenden Monats die durch die Bekanntmachung vom 29. Juni 1912 (Reichs-Gesetzbl. S. 408) vorgeschriebenen Uebersichten (§ 181 a. a. O.) der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte einzureichen.
3. Die Hinterlegung muß entweder in bar oder in solchen Wertstücken erfolgen, welche für die Anlegung des Vermögens der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zugelassen sind, mit Ausschluß jedoch von Hypotheken, Grundschulden und Rentenschulden.
4. Näheres kann die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte bestimmen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

(E.) **Arbeiterfürsorge in den deutschen Schutzgebieten.** In Nr. 32 der Arb.-Versorgg. Jahrgang 1911 haben wir des näheren über die Arbeiterfürsorge in Ost- und Südwestafrika und in Kamerun berichtet; wie nun das Reichsarbeitsblatt ausführt, haben die dort besprochenen Verordnungen mehrfach sehr günstige Erfolge nach sich

Digitized by Google

gezogen. So war es nach den Darlegungen der amtlichen Denkschrift gelungen, den Bedarf an Arbeitskräften im großen und ganzen zu befriedigen. Als bewährt bezeichnet die Denkschrift dann auch die mit dem 1. Mai 1909 ins Leben getretene Einrichtung der Distriktskommissarstellen; die Beseitigung der ursprünglichen Abneigung hiergegen in den Arbeitgeberkreisen greift immer weiter um sich. Fünf derartige Beamte übten im Berichtsjahre ihre Tätigkeit aus und es gelang ihnen, die früher sehr häufigen Fälle von Kontraktbruch wesentlich zu vermindern, andererseits aber auch weiteren Uebelständen, vor allem hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung der Arbeiter, abzuhelfen.

Eine — unterm 16. Dezember 1911 ergangene — am 1. Februar 1912 in Kraft getretene Verordnung des Kaiserlichen Gouverneurs in Südwestafrika bringt neue Bestimmungen, die eine möglichst sachgemäße Durchführung der Arbeitsvermittlung bei der geringen Anzahl einheimischer Arbeitskräfte ermöglichen lassen. Die bisher gewerbsmäßig und privat betriebene Arbeitsvermittlung in der Kolonie — soweit es sich um eingeborene Farbige handelt — wurde in eine mittelbar staatliche umgewandelt; gleichzeitig wurde vom Bezirksamt Lüderitzbucht eine öffentliche Arbeitsnachweisstelle eingerichtet. Für die Anwerbung von Arbeitern aus dem Ambolande ist vorgesehen, daß nunmehr an Stelle des bisherigen konzessionspflichtigen Gewerbes ausschließlich eine unter staatlicher Aufsicht stehende Anwerbestelle hierfür zuständig ist. Diese Stelle schließt namens des Arbeitgebers den Arbeitsvertrag mit dem eingeborenen Arbeiter ab. Mit dem Vertragsabschluß hat der Arbeitgeber folgende Verpflichtungen zu übernehmen: 1. den Arbeitern in Erkrankungsfällen die erforderliche ärztliche Behandlung im Schutzgebiet auf die Dauer von sechs Wochen vom Tage der Erkrankung an, auch über die Beendigung des Arbeitsvertrages hinaus, zu gewähren; 2. die Kosten der Verpflegung und der Hin- und Rückreise der Angeworbenen zu tragen, wobei er allerdings berechtigt ist, für die auf der Rückreise zu gewährende freie Verpflegung einen Abzug bis zur Höhe von 10 M. zu machen; 3. die Arbeiter vor Antritt der Rückreise ärztlich untersuchen zu lassen; kranke Arbeiter sind von der Heimreise ausgeschlossen; 4. die Heimbeförderung zu veranlassen, wenn der Eingeborenenkommissar auf Grund ärztlichen Gutachtens die Heimreise eines Arbeiters vor Ablauf seines Arbeitsvertrages für geboten erachtet; 5. eine etwaige Verlängerung des Arbeitsvertrages von der Genehmigung des Eingeborenenkommissars abhängig zu machen.

Die Ueberwachung der Durchführung dieser Bestimmungen steht dem Eingeborenenkommissar zu. Die Anwerbung durch die amtliche Stelle erfolgt gegen eine Gebühr, die jeweilig festzusetzen ist.

Sehr bemerkenswerte Bestimmungen bringt die Verordnung über die Unterbringung und Beaufsichtigung eingeborener Arbeiter in größeren Gewerbebetrieben.

Der Arbeitgeber hat die Verpflichtung, zunächst für eine allen gesundheitlichen Anforderungen entsprechende Unterkunft und Verpflegung der Arbeiter zu sorgen. Bei mehr als 25 Arbeitern ist die Beköstigung auf Antrag in zubereiteter Form zu verabreichen; genügendes Wasser und Brennmaterial ist zur Verfügung zu stellen. Eine Ablösung der Verpflegungsverpflichtung in Geld ist nur mit Einwilligung der Arbeiter zulässig. Bei mehr als 50 Arbeitern hat der Arbeitgeber einen entsprechend großen Krankenraum bereitzuhalten, auf ärztliche Anordnung auch noch einen besonderen Raum für Kranke mit ansteckenden Krankheiten; gestattet ist ein Zusammenschluß mehrerer Arbeitgeber zur gemeinschaftlichen Stellung derartiger Räume. Bei mehr als 200 Arbeitern ist beim Fehlen eines Arztes, ein ausgebildeter weißer Heilgehilfe zu halten. Sofern die Kost nicht bereits genußfertig verabreicht wird, ist für die Kranken ein farbiger Koch oder eine farbige Köchin zu stellen. Selbst für die Unterhaltung einer Apotheke muß der Arbeitgeber besorgt sein, wenn sich eine solche nicht in erreichbarer Nähe befindet. Die Bestattung Verstorbener geschieht an einem behördlich genehmigten Platz auf Kosten des Arbeitgebers. Todesfälle, sowie Anzeichen ansteckender Krankheit sind unverzüglich zu melden.

Der Arbeitgeber ist berechtigt, dem Arbeiter für jeden Krankheitstag ein Dreißigstel des Monatslohnes einzuhalten; für Sonntage und Regentage darf ein Lohnabzug nicht gemacht werden. Die Löhne sind in barem Gelde deutscher Währung zu zahlen. Besondere Listen haben für jeden Arbeiter die gezahlten Löhne, die bezahlten Arbeitstage und die Krankheitstage sowie alle Lohnabzüge unter Angabe des Grundes auszuweisen.

An jedem Monatsersten hat der Arbeitgeber eine Liste einzureichen, welche über den Arbeiterbestand, den Krankenbestand und die Todesfälle des vergangenen Monats Auskunft gibt; in derselben ist auch die Art der Erkrankung, sowie gegebenenfalls die Todesursache nach einem bestimmten Schema anzugeben.

Die Ueberwachung der Durchführung dieser Bestimmungen ist dem Eingeborenenkommissar übertragen, dem zu diesem Behuf ähnliche Befugnisse wie den Gewerbeaufsichtsbeamten eingeräumt werden; ihm muß jederzeit Zutritt zu den Arbeitsstellen und Unterkunftsräumen der Arbeiter gestattet werden, allerdings nach vorheriger Benachrichtigung des Arbeitgebers. Dieser hat dem Beamten jederzeit schriftlich oder mündlich über alle in Betracht kommenden Verhältnisse Auskunft zu erteilen und alle einschlägigen Schriftstücke, wie z. B. Arbeitsverträge und Lohnlisten, vorzulegen. Der Eingeborenenkommissar ist gleichzeitig die Beschwerdestelle für die Arbeiter. Er hat deren Ausstellungen entgegenzunehmen, zu untersuchen und sich wegen der Abstellung etwaiger Mängel mit dem Arbeitgeber in Verbindung zu setzen. Wird eine Verständigung zwischen beiden nicht erzielt, so entscheidet der Gouverneur. Den Eingeborenen gegenüber stehen dem Kommissar gewisse Disziplinarstrafbefugnisse zu. An Stelle des Kommissars tritt in Ermangelung eines solchen das Bezirksamt.

Arbeitgeber, welche landfremde Eingeborene ohne Abschluß eines schriftlichen Arbeitsvertrages anwerben oder die Meldung von ansteckenden Krankheiten und Todesfällen, sowie die Einreichung der geforderten Monatslisten verabsäumen, setzen sich einer Geldstrafe bis zu 600 M. aus. Zur Innehaltung der Bestimmungen über die Unterbringung und Beköstigung der Arbeiter, über genaue Listenführung und die Auskunftspflicht gegenüber dem Eingeborenenkommissar, können die Arbeitgeber im Verwaltungszwangsverfahren angehalten werden. . . . .

Krankenkassenverbände und Leipziger Aerzteverband.

Erklärung.

Die Krankenkassenzentralverbände, welche die Interessen von über 14 Mill. Versicherten vertreten, Arbeitgeber, Angestellte und Arbeiter aller Parteien in sich vereinigen und in der Arztfrage in allen Punkten völlig einig gehen, haben bereits bei früherer Gelegenheit kundgegeben, daß sie den dringenden Wunsch hegen, mit den Aerzten in Frieden zu leben und eine Verständigung auf allgemeiner Grundlage herbeizuführen. Nachdem die vom Reichsamt des Innern in dankenswerter Weise eingeleiteten Einigungsverhandlungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Aerzte vorläufig gescheitert sind,

Digitized by Google

halten es die Krankenkassenverbände für geboten, vor der Oeffentlichkeit folgendes festzustellen:

1. Die Krankenkassenverbände waren bereit, an den Einigungsverhandlungen teilzunehmen auf der Grundlage, die in der Einladung des Herrn Staatssekretärs Dr. Delbrück zu einer Konferenz im Reichsamt des Innern am 13. November 1912 gegeben war. Die Krankenkassen hatten sich hierzu unter Zurückstellung schwerer Bedenken entschlossen und obwohl sie nach ihrer aufrichtigen Ueberzeugung durch die Fassung des Entwurfs der Vereinbarung bei den Verhandlungen von vornherein in eine ungünstige Stellung gebracht waren. Demgegenüber ist der Leipziger Aerzteverband trotz wiederholter Vorstellungen der Reichsregierung dabei verblieben, daß er Vertreter zu den Einigungsverhandlungen nur dann entsenden werde, wenn die Teilnahme der Aerzte daran auf die Aerztekreise seiner Richtung beschränkt werde. Mit Recht hat es Herr Staatssekretär Dr. Delbrück abgelehnt, sich von dem Leipziger Verband in dieser Beziehung Vorschriften machen zu lassen, und erklärt, daß der Leipziger Verband das Zustandekommen einer Konferenz verhindern will und somit die Verantwortung für das Scheitern des Vermittlungsversuches der Regierung trägt.

2. Die gesamten Krankenkassenzentralverbände sprechen sich weiter einmütig aus gegen Sonderverhandlungen zwischen Krankenkassen- und Aerztekreisen für einzelne Bundesstaaten, weil nach ihrer Ansicht auf diese Weise der herbeigesehnte Friede in vollem Umfange nicht zu erreichen ist. Keine der beiden Parteien würde bei solchen Einzelverhandlungen mit vollkommener Freiheit vorgehen können, weil sie sich durch Rücksichten auf die Gesamtlage gebunden fühlen würde. Einigungsverhandlungen können nur dann Zweck haben, wenn sie durch die Zentralverbände und für das ganze Reich geschehen.

3. Der Leipziger Aerzteverband steht den Krankenkassen kampfbereit gegenüber; er hat für einen allgemeinen Kampf einen Millionenfonds angesammelt, er hat örtliche Aerztevereinigungen geschaffen, die rein wirtschaftliche Zwecke verfolgen. Diese Vereine sollen in Zukunft allein noch Verträge schließen mit den Krankenkassen und den anderen Körperschaften, welche auf die Aerzte angewiesen sind. Nach dem Willen des Leipziger Verbandes sollen in Zukunft die einzelnen Aerzte überhaupt keine Verträge unterzeichnen. Den Krankenkassen ist es in Wahrung ihrer wichtigsten Interessen und ihres Bestandes unmöglich, die zur Genüge bekannten Forderungen des Leipziger Verbandes zu erfüllen. Bei dieser Sachlage und bei der drohenden Kampfesstellung des Leipziger Verbandes müssen die Krankenkassen erwarten, daß entweder ihnen die ärztliche Hilfe, nötigenfalls durch beamtete Aerzte, sichergestellt wird, oder daß sie in Streitfällen von der Gewährung der ärztlichen Behandlung entbunden und alsbald ermächtigt werden, an deren Stelle die im Gesetz vorgesehene Geldleistung zu geben.

Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, Dresden.
Hauptverband deutscher Betriebskrankenkassen, Essen.
Gesamtverband deutscher Krankenkassen, Essen-Köln.
Allgemeiner deutscher Knappschaftsverband, Berlin.
Verband deutscher Innungskrankenkassen, Hannover.
Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen, Berlin.

Ueber Arztrechnungen

entnehmen wir dem Berl. Tagebl. folgende Ausführungen des Berliner Rechtsanwalts, Justizrats Dr. Korn:

Zunächst hat niemand nötig, eine Arztrechnung zu bezahlen, bevor nicht die einzelnen Dienste des Arztes nach Zahl und Zeit und mit Angabe der einzelnen Gebührensätze genau in der Rechnung angegeben sind. Erhält also jemand eine Liquidation nur folgenden Inhalts: „Für ärztliche Bemühungen im Jahre . . . liquidiere ich . . . M.“, so kann er zunächst eine spezifizierte Rechnung fordern. Die einzelnen Sätze der Spezifikation dürfen nicht über die Taxe hinausgehen. Diese läßt zwar dem Arzt einen weiten Spielraum (z. B. für ersten Besuch 2—20 M., folgende Besuche 1—10 M.), aber die angewendeten Sätze müssen den Vermögensverhältnissen des Patienten entsprechen. Nur besondere Umstände (z. B. besondere Schwierigkeit der Leistung) können die Anwendung der hohen Sätze bei Patienten von geringer oder mittlerer Wohlhabenheit rechtfertigen. Nachweisbar Unbemittelte haben Anspruch auf die niedrigsten Sätze der Taxe. Auch Spezialärzte sind nach der festen Praxis der Berliner Gerichte und der Oberlandesgerichte an die Taxe gebunden. Ist hiernach die Liquidation des Arztes zu hoch, so wird sie vom Gericht im Prozeßfalle auf das angemessene Maß herabgesetzt. Eine nachträgliche Erhöhung der Liquidation, weil sie nicht freiwillig bezahlt ist, steht dem Arzte nicht frei. Zulässig ist es, bestimmte Einzelsätze (z. B. für jeden Besuch oder jede Konsultation) mit dem Arzt im voraus zu vereinbaren. Für schwere Operationen pflegen besondere Vereinbarungen getroffen zu werden. Hausärzte, die ein festes Jahreshonorar beziehen, können ein Extrahonorar für Operationen im Hause, Entbindungen, langwierige Krankheitsfälle ohne besondere Abrede nicht verlangen. Für die nichtpreußischen Staaten bestehen besondere Gebührenordnungen. Keine solchen gibt es in Baden, Elsaß-Lothringen, Hamburg und Lübeck.

(W.) Zur Beschleunigung des Rentenzahlungsverkehrs

führt die Reichspostverwaltung vom 1. Januar 1913 ab für alle laufenden Rentenzahlungen Rentenstammkarten ein, die für eine Benutzungsdauer von sechs Jahren eingerichtet sind. Diese Karten werden nach den laufenden Rentennummern geordnet bei den Postanstalten in Kästchen so aufbewahrt, daß sich die einzelnen Stammkarten mit Hilfe der Rentennummern rasch herausfinden lassen. Gleichzeitig erhält jeder Empfänger einer laufenden Rente eine Nummerkarte, auf der die Rentennummer der Stammkarte zu vermerken ist. Die Rentenempfänger haben ihre Nummerkarte sorgfältig aufzubewahren und bei jeder Rentenabhebung der Zahlstelle der Postanstalt vorzuzeigen. Hierbei übergibt der Rentenempfänger gleichzeitig seine Quittung. Auf diese Weise wird das gegenwärtig bestehende, mit Zeitverlust verbundene Verfahren vermieden, daß bei jeder einzelnen laufenden Rentenzahlung aus einer mehr oder weniger umfangreichen Rentenstammliste, in der die Zahlungsempfänger alphabetisch aufgeführt sind, der einzelne Rentenempfänger jedesmal herausgesucht werden muß.

Abbruch der Verhandlungen des Reichsamts mit den Aerzten.

Wir haben unsere Mitteilungen in Nr. 1 S. 19, 20 mit der Frage geschlossen: „Aufgeschoben oder aufgehoben?“ Es ergibt sich, daß die Verhandlungen aufgehoben sind, weil der Leipziger Verband daran festhielt, dem Staatssekretär vorschreiben zu wollen, wen er zu den Verhandlungen zuziehen dürfe und wen nicht. Was nun? „Aus diesem Streit führt, wenn nicht die ärztliche Hilfeleistung bei Krankenkassen beamteten Aerzten übertragen werden soll, nur ein Weg zum Frieden. Es muß eine unbeteiligte Instanz geschaffen werden, die über das Arztsystem entscheidet. Sowohl die Kassen als auch die Aerzte müssen die Entscheidungen dieser Instanz gegen sich gelten lassen.“ So Geh. Oberregierungsrat Dr. Hoffmann hier S. 28. Wir meinen, daß nicht nur für die Bestimmung des Arztsystems, sondern auch zur Austragung anderer Streitpunkte unparteiische Schiedsinstanzen ge-

Digitized by Google

schaffen werden müssen. Der Entwurf der Reichsversicherungsordnung enthielt ganz brauchbare, wenn auch in Einzelheiten nicht schlechthin unbedenkliche Vorschläge in dieser Richtung. Leider ist nichts davon ins Gesetz übergegangen. Freiwillige Vereinbarungen dieser Art kommen hier und da im Reich zustande. Aber es bedarf in dieser Frage durchaus der Gewähr, die nur ein Rechtszwang, eine gesetzliche Regelung bietet. Noch könnte man bis zum Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsrechts das Versäumte nachholen. Will man dies ernstlich, so ist es freilich höchste Zeit!

Sprechsaal.

Amtsdauer der Vertreter bei den Krankenkassen.

Mit Bezug auf unsere in Nr. 35 S. 832 Ziff. 8 veröffentlichte Auskunft wird uns mitgeteilt, daß das Großherzogl. Mecklenburgische Ministerium sich auf eine Anfrage wie folgt geäußert hat:

„Eine Verkündigung des in dem Zentralblatt für das Deutsche Reich vom 15. November d. J. veröffentlichten Bundesratsbeschlusses vom 8. November d. J. durch das Reichsgesetzblatt ist nicht zu erwarten.

Der Bundesratsbeschluß ist nach diesseitigem Dafürhalten für sämtliche Krankenkassen alsbald mit seiner Veröffentlichung maßgebend geworden, jedoch würden Neuwahlen von Vertretern, die infolge Unkenntnis des Beschlusses inzwischen noch vorgenommen sein sollten, nicht zu beanstanden sein.

Dagegen würden Krankenkassen, die von dem Beschlusse Kenntnis erhalten haben von der Vornahme von Neuwahlen auch dann Abstand zu nehmen haben, wenn die Wahl bereits vorher anberaumt gewesen sein sollte."

Wäre diese Ansicht richtig, so wäre ein völlig unhaltbarer Zustand und die schlimmste Rechtsunsicherheit geschaffen. Wie soll denn festgestellt werden, wann die einzelne „Krankenkasse" (wer ist das?) von dem Beschlusse Kenntnis erlangt hat? Es gibt sicher Kassen, deren Organe kaum die „Arbeiter-Versorgung", ganz sicher aber nicht das Zentralblatt für das Deutsche Reich zu Gesicht bekommen. Für diese Kassen würde der Bundesratsbeschluß überhaupt keine Geltung erlangen!

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber der Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Uebernahme der Beamten einer Gemeindekrankenversicherung.

1. Nach Neiße. Antwort: Die Gemeindekrankenversicherung ist mit dem 31. Dezember 1913 zu schließen, und es sind dabei die §§ 300—305 RVO. entsprechend anzuwenden (Art. 14 Einf.Ges.). Da der bei der Kreisverwaltung mit den Geschäften der Gemeindekrankenversicherung betraute Rendant und der zweite Beamte lebenslänglich angestellt sind, so sind sie auch im Sinne der Reichsversicherungsordnung als Beamte anzusehen (vgl. Arb.-Versorgg. 1912 S. 712 Ziff. 14, 735 Ziff. 7). Sie sind daher nach § 305 in Verbindung mit § 290 RVO. von den aufnehmenden Kassen zu denselben oder gleichartigen Bedingungen zu übernehmen. Als aufnehmende Kassen kommen hier die allgemeine Orts- und die Landkrankenkasse in Betracht (vgl. § 300). Diese werden sich miteinander zu verständigen haben. Durch die Uebernahme hören die Beamten auf, gemeindliche Beamte zu sein; sie werden daher nach § 351 der Dienstordnung unterstehen. Diese hat auch ihre Besoldung zu regeln (§ 353). Hierüber beschließen, bei der Landkrankenkasse nicht anders als bei der Ortskrankenkasse, Vorstand und Ausschuß nach näherer Vorschrift des § 355. Daß der Kreis die Kassen wegen der ihnen zur Pflicht gemachten Uebernahme der schon in vorgerückten Jahren stehenden Beamten irgendwie zu entschädigen habe, ist aus dem Gesetze nicht zu entnehmen.

Verjährungseinwand im Verwaltungsstreitverfahren als Folge unbegründeter Beschreitung des ordentlichen Rechtswegs.

2. X. Y. Z. Antwort: Die Verjährung ist in allen Fällen nur dadurch zu verhüten, daß der richtige Kläger gegen den richtigen Beklagten vor Ablauf der Verjährungsfrist den gesetzlich vorgeschriebenen Weg der Rechtsverfolgung beschreitet. Wenn die Stadtgemeinde als Eigentümerin des Krankenhauses gegen die Krankenkasse aus Geschäftsführung ohne Auftrag im ordentlichen Rechtswege geklagt hat und nach mehr als zweijähriger Dauer des Prozesses abgewiesen worden ist, nunmehr aber die Armenverwaltung gegen die Kasse auf Grund des § 57 Abs. 2 KVG. das Verwaltungsstreitverfahren nach § 58 Abs. 2 beschreitet, so wird ihr mit Recht der Einwand der Verjährung aus § 56 entgegengesetzt. Dies konnte nur dadurch verhütet werden, daß, sobald in jenem ersten Prozesse Bedenken gegen die Begründung des Anspruchs erhoben wurden, jedenfalls aber vor Ablauf der Verjährungsfrist, das Verwaltungsstreitverfahren fürsorglich beschritten wurde; es konnte dann, wenn man sich noch nicht zur Zurücknahme der ersterhobenen Klage entschließen konnte, Aussetzung des einen oder anderen Verfahrens nachgesucht werden. Notwendig wäre auch dies nicht einmal gewesen.

a) Ersatz der Kosten eines ärztlichen Zeugnisses durch die Kasse. b) Weiterversicherung in einer niederen Klasse.

3. Nach Zeitz. Antwort: a) Die Krankenkasse hat, wenn die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren gewährt, nur in Höhe des Krankengeldes Ersatz zu leisten (§ 1518 Abs. 2 RVO.; § 18 Abs. 3 JVG.). Auf Ersatz der Kosten für ein ärztliches Zeugnis zur Begründung des Gesuchs um Uebernahme des Heilverfahrens hat weder der Versicherte noch die Versicherungsanstalt einen Anspruch gegen die Kasse.

b) Wer die Mitgliedschaft nach § 27 KVG. freiwillig fortsetzt, bleibt in seiner bisherigen Mitgliederklasse. Erst nach der RVO. (§ 313 Abs. 1 Satz 2) wird der Uebertritt in eine niedere Lohnstufe oder Klasse statthaft sein. Gegenwärtig läßt sich dergleichen nicht rechtfertigen (anders allerdings Kleeis in Arb.-Versorgg. 1909 S. 65). Nur abweichende Regelung durch die Satzung hat das preuß. Oberverwaltungsgericht für zulässig erachtet (Arb.-Versorgg. 1910 S. 138). Abweichende Vereinbarungen

Digitized by Google

ohne entsprechende Vorschrift der Satzung gelten also nicht. Aus diesem Grunde ist im vorliegenden Falle das Sterbegeld nach der früheren Mitgliederklasse des Versicherten zu gewähren, zumal dieses auch zu zahlen sein würde, wenn der Verstorbene die Versicherung überhaupt nicht fortgesetzt hätte (§ 20 Abs. 3 KVG.).

a) Einfluß der Umwandlung einer freien in eine Zwangsinnung auf die Mitgliedschaft bei der Innungskrankenkasse. b) Keine Zwangsbeitreibung des Unfallzuschusses vom Arbeitgeber.

4. Nach Lichtenberg. Antwort: a) Infolge der Errichtung der Zwangsinnung wird die bisherige freie Innung geschlossen, und ihre Innungskrankenkasse geht „mit ihren Rechten und Verbindlichkeiten" auf die Zwangsinnung über (§ 100b Abs. 4, § 1001 Gew.Ordg.). Danach nehmen wir an, daß auch der gesamte Mitgliederstand auf die Innungskrankenkasse übergeht; der freien Innung konnten auch Gewerbetreibende weiter angehören, die ihren Betrieb außerhalb des Innungsbezirks verlegt hatten, und die von solchen Innungsmitgliedern beschäftigten Versicherungspflichtigen blieben Pflichtmitglieder der Innungskrankenkasse (vgl. den preuß. Min.Erl. in Arb.-Versorgg. 1906 S. 463). Diese Personen gehören daher auch künftig der Innungskrankenkasse als Mitglieder an (§ 73 Abs. 2 KVG.).

b) Die Innungskrankenkasse kann den von ihr verauslagten Unfallzuschuß vom Arbeitgeber nicht ohne weiteres im Zwangswege beitreiben, sondern muß ihren Ersatzanspruch auf dem im § 58 Abs. 2 KVG. bezeichneten Wege geltend machen (§ 14 GUVG.)

Aus dem Sterbegeld ist der ortsübliche Aufwand für das Begräbnis zu erstatten.

5. Nach Heidelberg. Antwort: Die Kasse hat aus dem Sterbegelde alle Auslagen für standesmäßige Bestattung unter Berücksichtigung der Ortssitte zu erstatten (vgl. § 1968 BGB. und Arb.-Versorgg. 1907 S. 250). Dazu können auch je nach Umständen die streitigen Auslagen gehören, insofern sie sich im Rahmen des nach den Verhältnissen des Verstorbenen ortsüblichen Aufwandes halten; nur die Kosten der „Danksagung" in den Zeitungen haben schlechthin mit der Beerdigung nichts mehr zu tun. Daß es übrigens der Meister war, der das Begräbnis beim städtischen Leichenordner bestellt und besorgt hat, halten wir nach den Umständen für unbedenklich; sonst hätte doch keine Veranlassung vorgelegen, von ihm eine schriftliche Erklärung über die gewählte Beerdigungsklasse zu fordern.

a) Regelung der Versicherung der Hausgewerbtreibenden nach der RVO. oder nach Ortsstatut? b) Das Amt des Vorsitzenden erlischt mit Ablauf seiner Wahlzeit.

6. Nach Liegnitz. Antwort: a) Für die Hausgewerbtreibenden gelten, auch wenn eine Landkrankenkasse nicht errichtet wird, die besonderen Vorschriften der §§ 466 ff. RVO., wenn nicht die bisherige statutarische Regelung nach 488 mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde aufrecht erhalten wird.

b) Der Bundesratsbeschluß über die Verlängerung der Amtsdauer der Vertreter (Arb.-Versorgg. 1912 S. 840) hat keinen Bezug auf die Aemter innerhalb der Kassenorgane. Ist die Wahlzeit des Vorsitzenden abgelaufen, so wählt der Vorstand einen neuen Vorsitzenden.

Kleinere Heilmittel verschiedener Art.

7. Mentor. Antwort: Massagen und Elektrisierungen gehören, wenn sie nicht unter Leitung oder nach näherer Anweisung des Arztes vorgenommen werden und deshalb als zur ärztlichen Behandlung gehörig anzusehen sind, zu den Heilmitteln, sind also nur zu gewähren, sofern sie die Kosten von etwa 20 M. nicht übersteigen; da diese Heilmittel aber teilbar sind, ist es richtig, daß nur die Bezahlung des Mehrbetrags abgelehnt wird (Entsch. des bayr. VGH. bei Reger 31 S. 326). Gleiches gilt bei Kohlensäurebädern usw. Bei Zahnersatzmitteln dagegen wird dies der Regel nach nicht zutreffen, sondern es wird sich, sofern der Zahnersatz überhaupt der Heilung einer Krankheit dient, um ein einheitliches Heilmittel handeln, dessen Bezahlung überhaupt abzulehnen ist, falls die Kosten den Betrag von 20 M. wesentlich überschreiten (bad. VGH. in Arb.-Versorgg. 1909 S. 795). Eine Elektrisiermaschine, deren Benutzung zur Heilung oder Milderung eines Leidens verordnet ist, ist von der Kasse zu bezahlen, wenn die Kosten nicht erheblich über 20 M. betragen. Der Apparat kann aber nach Beendigung des Gebrauchs zurückgefordert werden.

Einschreiten der Aufsichtsbehörde gegen ein vermutlich falsches Verfahren der Kasse bei der Beitragsberechnung.

8. Nach Köln. Antwort: Wenn es sich darum handelte, daß die Arbeiter vom Arbeitgeber Beitragsteile zurückfordern, weil er an die Kasse infolge der (vermeintlich) falschen Beitragsberechnung zu hohe Beiträge entrichtet und folglich ihnen entsprechend zu hohe Lohnabzüge gemacht habe, so würde allerdings der Weg des § 53a KVG. zu beschreiten sein. Aber der Beschwerdeführer bezweckt doch, daß die Aufsichtsbehörde auf Grund des § 45 KVG. das von der Kasse befolgte Verfahren daraufhin prüfe, ob es dem Gesetz und der Satzung entspricht, und daß die Aufsichtsbehörde die Kasse zur Abstellung des vermeintlichen grundsätzlichen Mangels anhalte. Ein eigentliches Recht, den hierauf erhaltenen Bescheid anzufechten, steht dem Beschwerdeführer nicht zu (vgl. § 45 Abs. 6 KVG.), und es ist verfehlt, wenn er in einer erneuten Vorstellung an die Aufsichtsbehörde einen „berufungsfähigen Bescheid" verlangt. Er kann sich vielmehr nur im Hinblick auf § 45 KVG. an die Oberaufsichtsbehörde, d. i. an den Regierungspräsidenten, wenden und ist dabei an keine Frist gebunden, da die Aufsicht und Oberaufsicht über die Kassen von Amts wegen zu üben sind und die berufenen Behörden jederzeit einzuschreiten haben, wenn sie von einer Gesetzes- oder Satzungsverletzung Kenntnis erlangen.

Beitragspflicht der Versicherungsträger zu den Kosten der Oberversicherungsämter.

9. Nach Merseburg. Frage: In welchem Umfange werden die Versicherungsträger für das 2. Halbjahr 1912 zu den Kosten der Oberversicherungsämter herangezogen werden. Da die Berufsgenossenschaften noch bis Ende 1912 die Kosten des Verfahrens getragen haben, ist besonders die Frage aufzuwerfen, ob diese Kosten auf den Pauschbetrag von 16 M. anzurechnen sein werden.

Antwort: Da seit dem 1. Juli 1912 in Preußen die Oberversicherungsämter an die Stelle der Schiedsgerichte auch für das Gebiet der Unfallversicherung getreten sind, ist unseres Erachtens die Voraussetzung für die Anwendung des § 10 des Gesetzes betreffend Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 schlechthin weggefallen, und es ist an die Stelle dieser Vorschrift gemäß Art. 1 und 5 Einf.Ges. z. RVO. der § 80 RVO. mit der hierzu gemäß Art. 100 Einf.Ges. erlassenen Bestimmung des Bundesrats (Bekanntmachung vom 16. März 1912, RGBl. S. 254) getreten, so daß die Berufsgenossenschaften, wie die Versicherungsanstalten, nur die Pauschbeträge zu entrichten haben.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. J. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
Dr. J. Troschel.

XXX. Jahrgang. **1. Februar 1913.**

Redaktion:	Nr. 4.	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die Uebernahme privater Unfallversicherungen durch die Berufsgenossenschaften.

(Art. 56—59 Einf.Ges. z. RVO.)

Von Regierungsassessor **Dr. Sitzler** in Berlin.

Die durch das Inkrafttreten des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung der Versicherungspflicht neu unterstellten Unternehmer, namentlich die Besitzer von Kraftfahrzeugen, haben ihr versicherungspflichtiges Personal bereits in großem Umfang bei Privatgesellschaften gegen Unfälle versichert. In den Verträgen ist regelmäßig für den Fall des Todes und der dauernden Invalidität die Zahlung einer Kapitalsumme, für den Fall der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit eine tägliche Entschädigung für die Dauer der ärztlichen Behandlung vereinbart. Die versicherten Personen selbst haben kaum Unfallversicherungen abgeschlossen (Art. 57).

Diese Versicherungsverträge werden durch die gesetzliche Unfallversicherung nicht berührt; sie bleiben vielmehr mit ihrem vollen bisherigen Inhalt unverändert bestehen. Auch eine vorzeitige Kündigung läßt das Gesetz nicht zu. Andererseits befreit das Vorhandensein privater Versicherungsverträge nicht von der gesetzlichen Versicherungspflicht. Die versicherten Unternehmer gehören ihrer Berufsgenossenschaft ohne weiteres an und haben die gleiche Prämie zu bezahlen wie nichtversicherte Mitglieder.

Um nun eine zu starke Belastung dieser Unternehmer zu verhüten, sieht das Gesetz, wie schon § 100 UVG. vom 6. Juli 1884 und § 143 GUVG. vom 30. Juni 1900, die Uebernahme der Privatverträge durch die Genossenschaft vor. Die diesbezüglichen Vorschriften befinden sich in den Art. 56—59 Einf.Ges z. RVO. Sie sind den früheren Vorschriften nachgebildet, weisen aber doch im einzelnen verschiedene Abweichungen auf.

Die Uebernahme der Versicherungsverträge ist an die Erfüllung folgender vier Voraussetzungen geknüpft:

a) Der Betrieb oder die Tätigkeit muß erst durch die Reichsversicherungsordnung der Unfallversicherung unterstellt sein (Art. 56). Es genügt also nicht, daß ein Betrieb, z. B. weil keine Arbeiter beschäftigt wurden, bisher tatsächlich nicht versichert war; er muß vielmehr zu einer der Gruppen gehören, auf welche die Reichsversicherungsordnung die Unfallversicherungspflicht neu erstreckt hat.

b) Die Verträge müssen vor dem 1. Oktober 1912 geschlossen sein. Art. 58 Einf.Ges. stellt in beiden Zeitgrenzen koordiniert nebeneinander. Die Uebernahme ist also nur ausgeschlossen, wenn beide dort vorgesehene Grenzen überschritten sind. Da nun die Bekanntmachung der Verordnung über das Inkrafttreten der Unfallversicherung am 13. Juli 1912 und das Inkrafttreten selbst am 1. Januar 1913 erfolgt ist, kommt nur der spätere Termin, also der 1. Oktober 1912 in Betracht, eine Auslegung, die ja auch den

Digitized by Google

Mitgliedern günstiger ist. Die stillschweigende Verlängerung eines bereits vor dem 1. Oktober 1912 geschlossenen Vertrags hindert die Uebernahme nicht (Art. 58 Abs. 2).

c) Der Antrag auf Uebernahme muß mindestens bis 30. Juni 1913 bei der Genossenschaft eingegangen sein (Art. 56), während bisher eine derartige Ausschlußfrist nicht vorgesehen war.

d) Die Versicherung muß gegen Unfälle der in der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Art geschlossen sein, d. h. sich auf Unfälle bei dem versicherten Betrieb oder bei der versicherten Tätigkeit beschränken. Diese in Art. 56 vorgesehene Beschränkung ist durchaus begründet; denn die Reichsversicherungsordnung zwingt die Unternehmer nur zur Versicherung ihres Personals gegen Unfälle bei bestimmten Betrieben und Tätigkeiten. Die hieraus erwachsende Belastung darf also nicht durch Uebernahme viel weitergehender Privatverpflichtungen einzelner Mitglieder ins ungemessene steigen. Verträge, die ein größeres Risiko decken, behalten ja auch neben der Pflichtversicherung ihren Wert, sowohl für den Versicherten, wie für den Unternehmer.

Selbstverständlich darf das Erfordernis der Gleichartigkeit des Risikos nicht überspannt werden. Die Genossenschaft kann auch solche Versicherungsverträge übernehmen, welche sich in der Hauptsache auf Unfälle bei dem versicherten Betrieb oder der versicherten Tätigkeit erstrecken, aber diese Grenzen in geringen Umfange überschreiten. So steht z. B. die in den Verträgen regelmäßig vorgesehene Erstreckung der Versicherung auf Körperbeschädigungen, die der Versicherte bei Bemühungen zur Rettung von Menschenleben erleidet, der Uebernahme nicht entgegen. Ist aber die Ueberschreitung des gesetzlichen Risikos so groß, daß ihr ein erheblicher Einfluß auf die Bemessung der Prämie zukommt, so ist die Uebernahme ausgeschlossen. Das gilt zweifellos, wenn sich die Versicherung auch auf Krankheiten erstreckt und muß nach richtiger Ansicht auch angenommen werden, wenn das Personal nicht nur gegen Betriebsunfälle, sondern schlechtweg gegen alle Unfälle versichert ist.

Man könnte daran denken, Versicherungsverträge mit weitergehendem Risiko zu entsprechenden Teilen auf die Genossenschaft zu übernehmen. Eine derartige Zerreißung wird aber bei einheitlichen Verträgen nur selten durchführbar sein. Läßt sich eine klare Scheidung ermöglichen, so ist die Uebernahme unbedenklich, so z. B. in Fällen, wo die Versicherung erst nachträglich durch Zusatzvertrag auf Unfälle außerhalb des Betriebs erstreckt worden ist.

Sind die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, so muß die Genossenschaft die Rechte und Verbindlichkeiten aus den Verträgen übernehmen, ohne daß die Zustimmung der Versicherungsgesellschaft erforderlich wäre. Fehlt eine Voraussetzung, so ist die Uebernahme unzulässig. Streit über die Uebernahmepflicht wird nach Ansicht des Reichsversicherugsamts im ordentlichen Rechtswege entschieden. Im Aufsichtswege schreitet das Reichsversicherungsamt nur ein, wenn die Weigerung der Uebernahme offenbar unbegründet ist (Handbuch der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 637 Anm. 5 zu § 143 GUVG.). So erfreulich die hierdurch ermöglichte Nachprüfung durch die ordentlichen Gerichte ist, so erscheint es doch fraglich, ob Art. 56 den Unternehmern wirklich einen bürgerlich-rechtlichen Anspruch auf Uebernahme ihrer Verträge hat einräumen wollen. Zweifellos ist dagegen, daß Streitigkeiten aus den übernommenen Verträgen selbst der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte unterliegen (vgl. Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 3. November 1885 Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1885 S. 351 Entscheidung des Reichsgerichts in Zivilsachen vom 14. Mai 1887 Bd. 19 S. 77 f.).

Erfolgt die Uebernahme, so tritt die Genossenschaft an Stelle des Unternehmers in den Versicherungsvertrag ein. Dieser besteht im übrigen unverändert fort. Die Genossenschaft hat alle Rechte und Verbindlichkeiten zu erfüllen, die bisher der Unternehmer hatte, insbesondere die Prämie zu bezahlen (Entscheidung des Reichsgerichs in Zivilsachen vom 22. Januar 1887 Bd. 19 S. 43). Die Uebernahme wirkt nach Art. 56 letzter Satz auf den 1. Januar 1913 zurück, während nach dem bisherigen Rechtszustand eine Rückwirkung nicht stattfand (Handbuch der Unfallvers. Bd. 1 S. 636 Anm. 2 Abs. 2 zu § 143 GUVG.).

Die fraglichen Versicherungsverträge gelten nach § 179 Abs. 2 des Reichsgesetzes über den Versicherungsvertrag vom 30. Mai 1908 wohl durchweg als für Rechnung des Versicherten

Digitized by Google

abgeschlossen. Danach stehen die Rechte aus dem Vertrag dem Versicherten zu; der Versicherungsnehmer kann aber über diese Rechte im eigenen Namen verfügen (§ 179 Abs. 2, §§ 75, 76 a. a. O.). Er kann den Vertrag kündigen, seine Aenderung und Auflösung oder die Herabsetzung der Versicherungssumme vereinbaren, die erwachsenden Versicherungsansprüche gerichtlich und außergerichtlich geltend machen und die Entschädigungssumme in Empfang nehmen. Allerdings ist er auch verpflichtet das Empfangene dem Versicherten herauszugeben. In diese Stellung des Unternehmers tritt durch die Uebernahme die Genossenschaft ohne weiteres ein. Sie muß also bei einem Unfall nicht nur die ihr als Versicherungsträger gesetzlich obliegenden Leistungen unverkürzt gewähren (Handbuch der Unfallvers. Bd. 1 S. 637 Anm. 6 zu § 143 GUVG.), sondern auch das von der Versicherungsgesellschaft Empfangene insoweit herausgeben, als es ihre Leistung übersteigt. Nur soweit die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag und die gesetzliche Entschädigung sich decken, fließt die Versicherungssumme der Genossenschaft zu (vgl. Entscheidung des Reichsgerichts in Zivilsachen vom 14. Mai 1887 Bd. 19 S. 77 f.).

Die Genossenschaft hat im Interesse möglichst geringer Belastung der Mitglieder die Pflicht, die übernommenen Verträge sobald als möglich aufzulösen. Sie wird also in geeigneten Fällen den Versuch machen, die Versicherung im Weg gütlicher Vereinbarung mit der Gesellschaft gegen Belassung oder Zahlung eines angemessenen Teils der Prämie (etwa 25%) sofort aufzuheben, ein Verfahren, auf welches das Reichsversicherungsamt in dem bereits erwähnten Rundschreiben vom 3. November 1885 hingewiesen hat. Mißlingt die Auflösung des Vertrags, so wird die Genossenschaft von dem auf sie übergegangenen Kündigungsrecht, das regelmäßig auch bei Eintritt eines Unfalls ausgeübt werden kann, sobald, als irgend möglich Gebrauch machen.

Für den Unternehmer scheidet der Vertrag mit der Uebernahme völlig aus. Er wird von allen Verbindlichkeiten frei, hat aber aus der Versicherung auch keinerlei Vorteile mehr. Er steht also nicht anders da als ein Unternehmer, der gar keinen Vertrag abgeschlossen hatte. Danach muß er bei Unfällen, deren Folgen nicht über dreizehn Wochen dauern, nunmehr aus eigenen Mitteln dem Verletzten das Krankengeld von der 5.—13. Woche auf zwei Drittel des maßgebenden Grundlohns erhöhen oder, falls der Verletzte nicht gegen Krankheit versichert ist, ihm die gesetzliche Krankenhilfe gewähren (§§ 573, 577 RVO.). Die Leistung der Genossenschaft aus dem Versicherungsvertrag berechtigt ihn nach § 573 Abs. 2 RVO. nur dazu, das Krankengeld insoweit zu kürzen, als es zusammen mit jener Leistung den Durchschnittsbetrag des täglichen Arbeitsverdienstes übersteigen würde. Das Reichsgericht scheint allerdings in seiner Entscheidung vom 14. Mai 1887 (Bd. 19 S. 77 f.) anderer Ansicht zu sein. Aber es erscheint ausgeschlossen, daß ein Mitglied, dessen Versicherung auf die Gesamtheit übergegangen ist, und das an der Prämie nicht in höherem Grade beteiligt ist, als alle anderen Genossenschaftsmitglieder diesen gegenüber im Vorteil sein sollte. Will der Unternehmer sich die Vorteile seiner Versicherung erhalten, so muß er sie weiter führen und die Prämie allein tragen.

Ausbau der Invalidenversicherung!

Von **Dr. Friedrich Tenhaeff** in Elberfeld.

Das Vorhaben der sozialdemokratischen Parteileitung, eine eigene Volksversicherungsgesellschaft, die sogenannte „Volksfürsorge" zu errichten, hat wegen der Folgen, die eine solche sozialdemokratische Volksversicherungsanstalt haben würde, Aufsehen erregt. Es herrscht kaum Zweifel darüber, daß 2 1/4 Millionen stramm organisierter Gewerkschaftsmitglieder, die größtenteils auch Mitglieder der sozialdemokratischen Konsumvereine sind, die Gewähr zu bieten scheinen, daß die sozialdemokratische Versicherungsgesellschaft in wenigen Jahren so viele Versicherte haben wird, daß Bestand und Wachstum dieser neuen „Herrschaft" im Staate gesichert ist. Die Gefahr, daß eine politische Partei, die auf den Umsturz des bestehenden Staates hinarbeitet, durch wirtschaftliche Machtmittel Bevölkerungskreise

Digitized by Google

in Abhängigkeit bringt, die bisher den Verlockungen und Drohungen der Sozialdemokratie zu widerstehen vermochten, veranlaßte den Gegenvorschlag, die vereinten bürgerlichen Parteien sollten auch eine Volksversicherung gründen, oder die vereinten privaten Lebensversicherungsgesellschaften sollten eine solche Gründung vornehmen. Wie wenig ratsam es ist, diesen oder ähnlichen Vorschlägen Folge zu leisten, hat kürzlich schon Moldenhauer (in „Der Arbeitgeber" Nr. 21) dargelegt.

Es ist darauf hinzuweisen, daß der Ausbau der Invalidenversicherung ein gut Teil der Gefahr einer sozialdemokratischen Volksversicherung beseitigen würde. Gegenwärtig kann ein Arbeiter für Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenfürsorge nur so weit sich bei der staatlichen Versicherung versichern, als sein Lohn 1500 M. jährlich nicht übersteigt. Nun haben aber in Deutschland über eine Million Arbeiter einen Jahreslohn von über 1500 M.[1]). Darauf hat die Invalidenversicherung bisher nicht Rücksicht genommen, trotzdem gelegentlich der Beratung des Angestelltenversicherungsgesetzes von der Regierung betont wurde, die Zahl der Arbeiter mit mehr als 5 M. Tagelohn nehme sehr schnell zu[2]). Die Arbeiter, die 6 M. oder 8 M. den Tag verdienen, können also Beiträge (Prämien) für die Invalidenversicherung nur von einem Tagelohne von 4—5 M. entrichten, denn die (oberste) 5. Lohnklasse der Invalidenversicherung umfaßt die Jahreseinkommen von 1150—1500 M. Natürlich sind die Leistungen der Versicherungsanstalt, die Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenrenten auch nie höher, als die für einen Arbeiter, der täglich 4 M. verdient und regelmäßig seinen Beitrag (wöchentlich 48 Pf.) entrichtete. So kommt es, daß leider immer noch große Arbeitermassen geringschätzend von der Invalidenversicherung sprechen, weil die Renten dieser Versicherung im Vergleiche zu den hohen Arbeitslöhnen einen zu geringfügigen Betrag für den notdürftigen Lebensunterhalt darstellen, ja manchmal die Beträge der öffentlichen Armenunterstützung, wenigstens in der Großstadt, nicht erreichen. Ein Arbeiter, der 6 M. oder 8 M. täglich verdiente und sich und seine Familie daran gewöhnt hat, einige Ansprüche an das Leben zu stellen, kann später nicht mit einer Invalidenrente von 1 M. bis 1,50 M. täglich den Familienunterhalt bestreiten. Da haben die Volksversicherungsgesellschaften und die Gewerkschaftsunterstützungskassen geschickt die Lücke ausgefüllt, die der soziale Gesetzgeber gelassen hat, sie bieten dem Arbeiter Kapital- und Rentenversicherungen aller Art und jeden Betrages, ganz den Wünschen und Bedürfnissen des Arbeiters sich anschmiegend. Ein solches Anpassungsvermögen wird man von der Reichsgesetzgebung nicht erwarten dürfen, aber etwas schneller als bisher muß die soziale Versicherungsgesetzgebung dem tatsächlichen Wirtschaftsleben folgen und z. B., die seit einem Jahrzehnt vorsichgehende Verteurung der Lebensmittel und der Mieten, die durchschnittlich die Lohnerhöhungen dieser Zeit fast aufgezehrt haben, berücksichtigen, indem sie Sorge trägt, daß die höheren Löhne durch höhere Beiträge zur Invalidenversicherung einen größeren Anspruch auf Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenfürsorge sichern. Sonst kommt es dahin, daß die Renten der Invalidenversicherung im Betrage oft gleich den öffentlichen Armenunterstützungen werden, weil letztere wegen der allgemeinen Teurung vielfach bedeutend erhöht sind.

Die Ortsarmenunterstützung beträgt z. B. in Köln (seit 1910): Für alleinstehende Männer 22 M. monatlich, für alleinstehende weibliche Personen 20 M. monatlich; bei Familienunterstützung gelten folgende Sätze: Familienhaupt (Mann oder Frau) 22 M. monatlich, für jede weitere Person des Hausstandes 10 M. monatlich, jedoch für Kinder je nach Alter 7—10 M. monatlich, beim 3. und 4. Kinde wird an diesem Satze je 50 Pf., beim 5. und 6. Kinde je 1 M., beim 7. und 8. Kinde je 2 M. abgezogen. Ein Arbeiter mit Frau und 3 Kindern bekommt

[1]) Im Referatenband I der Ausbaukommission der „Arbeitszentrale für die Privatbeamtenversicherung" (1911) berechnet Dr. Jacobssohn diese Zahl für 1912 auf 1,015 Millionen (S. 57). Da diese Kommission sich bekanntlich bemühte, den Nachweis zu erbringen, daß die Privatbeamtenversicherung am zweckmäßigsten durch Ausbau der Invalidenversicherung vorzunehmen sei und es im Interesse dieser Forderung lag, wenn die Zahl der hochgelohnten Arbeiter gering ist, so darf obige Zahl als nicht zu hoch gegriffen betrachtet werden.

[2]) S. 72—74 der amtlichen Begründung zum „Entwurf eines Versicherungsgesetzes für Angestellte".

Digitized by Google

also in Köln bei Hilfsbedürftigkeit eine Armenunterstützung bis zu 60 M. monatlich, wenn er 5 Kinder hat bis zu 80 M. monatlich usf. — In Mainz stellt sich seit 1906 die Armenunterstützung für eine Familie wie folgt: Für den Mann 6 M. wöchentlich, für die Frau 2,50 M. wöchentlich, für ein Kind über 10 Jahren 2,50 M. wöchentlich, für ein 2. Kind über 10 Jahren 2,25 M. wöchentlich, für ein 3. Kind über 10 Jahren 2 M. wöchentlich. Mann und Frau mit 3 Kindern über 10 Jahre alt bekommen also in Mainz bei Hilfsbedürftigkeit bis zu 15,25 M. wöchentlich oder rund 63 M. monatlich an öffentlicher Armenunterstützung. Für ein Kind unter 10 Jahren würde wöchentlich 1,40 M. hinzukommen, bei 2 Kindern unter 10 Jahren 2,80 M. wöchentlich oder rund 11,50 M. monatlich, so daß die nunmehr 7köpfige Familie rund 74,50 M. monatlich von der Ortsarmenverwaltung erhalten würde. — In Elberfeld bekommt eine alleinstehende Person bei Hilfsbedürftigkeit 4,50 — 5 M. wöchentlich an Armenunterstützung. Die Familienunterstützungssätze für eine Woche sind: 3,80 M. für das Familienhaupt, 2,80 M. für die Ehefrau, 2,80 M. für ein Kind über 14 Jahre, 2,10 M. für ein Kind von 10—14 Jahren, 1,70 M. für ein Kind bis 10 Jahren. Rechnet man wie oben für 5köpfige und für 7köpfige Familie die monatlichen Armenunterstützungssätze aus, so findet man ungefähr die gleichen Zahlen wie in Köln. — Fast dasselbe Ergebnis liefert Mannheim, wo seit 1910 monatlich an öffentlicher Armenunterstützung gezahlt wird: für eine alleinstehende Person oder für ein Familienhaupt 20 M., für die 2. zum Haushalt gehörende Person 15 M., für die 3. und 4. zum Hausstand gehörende Person je 8 M., für die 5. Person 7 M. und für die 6. zum Hausstand gehörende Person 6 M. monatlich.

Diese Beispiele mögen genügen, um zu zeigen, welche Beträge an öffentlicher Armenunterstützung in den Großstädten gegenwärtig gezahlt werden. Vergleichen wir nun die Renten der staatlichen Invalidenversicherung mit den genannten Armenunterstützungssätzen. Die Invalidenrente beträgt zurzeit durchschnittlich 180 M. jährlich oder 15 M. monatlich. Da nun bis 22 M. monatlich in den Großstädten an Armenunterstützung alleinstehenden Personen gezahlt wird, so besteht die Wahrscheinlichkeit, daß alleinstehende Arbeiter der Großstadt nur gut zwei Drittel der Armenunterstützung durch ihre Invalidenrente erhalten. Tatsächlich bekommen jedoch Arbeiter, die 25 Jahre (!) oder länger Marken höchster Lohnklasse „geklebt" haben, gegenwärtig Invalidenrenten von 20 M. oder mehr monatlich. Aber alle Arbeiter der Großstadt, die etwa vor dem 45. Lebensjahr invalide werden oder nicht regelmäßig Marken höchster Lohnklasse entrichtet haben, bekommen nicht eine Invalidenrente, die heranreicht an den Betrag der öffentlichen Armenunterstützung für eine hilfsbedürftige Person. Noch ungünstiger wird das Verhältnis für die staatliche Versicherung bei den Altersrenten, da diese durchschnittlich niedriger sind, als die Invalidenrenten. Noch viel ungünstiger für die Invalidenversicherung wird aber der Vergleich, wenn man das Beispiel eines verheirateten invaliden Arbeiters betrachtet. Bei der Arbeiterversicherung erhöht sich die Rente nicht dadurch, daß die Frau des invaliden Arbeiters auch invalide ist, sondern nur dadurch, daß für jedes Kind unter 15 Jahren 10 % Rentenzuschlag gezahlt wird bis zum $1^1/_2$ fachen Betrage der Invalidenrente. Deshalb kann ein Arbeiter, der 25 Jahre Marken höchster Lohnklasse regelmäßig geklebt hat und invalide wird und Frau und 3 oder 5 kleine Kinder zu ernähren hat, als Rente noch nicht die Hälfte der oben genannten Armenunterstützungssätze erhalten!! Darf man sich da wundern, wenn der verbitterte Arbeiter von dem „Bettelgroschen" der Invalidenversicherung spricht? Nachdem er Jahrzehnte Beiträge an eine staatliche Zwangsversicherung gezahlt hat, die ihn und seine Familie vor der entrechtenden und schändenden öffentlichen Armenunterstützung doch nicht bewahrt?! Die auch seine hilfsbedürftigen Hinterbliebenen der Armenunterstützung anheimfallen läßt, weil die Hinterbliebenenrenten in der Regel nur die Hälfte der oben erwähnten Armenunterstützungssätze größerer Städte beträgt! Wird es da nicht Zeit, die Beiträge zur Invalidenversicherung zu erhöhen, damit der Arbeiter höhere Renten für sich und seine Angehörigen beanspruchen kann?

Ein Arbeiter mit 6 M. oder 8 M. Tageslohn kann natürlich mehr zurücklegen, als ein

Digitized by Google

solcher, der nur 4 M. verdient, der höhergelohnte Arbeiter will heute auch oft mehr zurücklegen, wie die Erfahrung der Volksversicherungen und der Gewerkschaftskassen deutlich zeigen, nur muß er dazu angehalten werden! Es braucht die staatliche Invalidenversicherung also nur ausgebaut, d. h. den veränderten Lohnverhältnissen angepaßt zu werden: und viele Arbeitergroschen, die jetzt zur Volksversicherungsgesellschaft oder zur Gewerkschaftsunterstützungskasse wandern, werden nicht mehr dort Anlage suchen! Es ist doch auch eine Forderung der Gerechtigkeit und der Billigkeit, daß man der Million hochqualifizierter Arbeiter die Möglichkeit bietet, durch günstige staatliche Zwangsversicherung denselben Anteil ihres Lohnes als Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenfürsorge sich zu sichern, den die geringer entlohnten Arbeiter gesichert bekommen, zumal eine staatliche Zwangsversicherung für Privatangestellte Einkommen bis 5000 M. bei Beitrags- und Versicherungsleistung berücksichtigt und oft ein Streit entstehen wird, ob, z. B. ein besonders geschickter Vorarbeiter als Werkmeister der Angestelltenversicherung unterliegt oder nicht. Wie verbitternd diese und ähnliche Streitfälle wirken, zeigen die verflossenen Wochen[1]). Wollen wir also die großen Segnungen der deutschen Sozialversicherung im Bewußtsein des Volkes nicht zurückgedrängt sehen durch Mängel des geübten Verfahrens, so ist u. a. dringend nötig, sobald als möglich Beitragsleistung und Versicherungsleistung bei der Invalidenversicherung den veränderten Lebens- und Wirtschaftsverhältnissen anzupassen. Die soziale Krankenversicherung rechnet bei Beitragszahlung und Krankengeldzahlung mit Tagesverdiensten bis 6 M., die soziale Unfallversicherung berücksichtigt auch den Verdienst über 6 M., indem sie den Jahresarbeitsverdienst über 1800 M. noch mit zwei Drittel in Anrechnung bringt! Nur die Invalidenversicherung hat bisher bei einem Jahresverdienste von 1500 M. Halt gemacht. Das ist nachgerade unhaltbar geworden bei den sehr großen allgemeinen Lohnsteigerungen und hat viel zu Erscheinungen, wie Bindung der Arbeiter durch Unterstützungskassen an Gewerkschaften od. dgl., beigetragen, die nun gehemmt werden wollen. Wer noch im Zweifel ist, ob auch dem hochgelohnten Qualitätsarbeiter voller staatlicher Versicherungsschutz gebührt, der sei daran erinnert, daß Bestand und Entwicklung der deutschen Volkswirtschaft nicht auf Produktion von Massenartikeln, sondern auf Produktion an Qualitätswaren beruht. Vollen staatlichen Versicherungsschutz haben aber unsere hochqualifizierten Arbeiter so lange nicht, als bei der Invalidenversicherung etwa ein Drittel ihres Lohnes ganz außer Betracht bleibt, während dem geringer entlohnten Arbeiter und dem viel höher (bis 5000 M.) bezahlten Privatangestellten das volle Einkommen unter Versicherungsschutz gestellt wird.

Es wird nun der Einwurf kommen, die Invalidenversicherung in ihrer jetzigen Gestalt kann nicht durch Errichtung einer höheren Lohnklasse, etwa von 1500—2000 M. ausgebaut werden, weil dann die finanzielle Grundlage der Invalidenversicherung erschüttert würde; die Berechnung der 500 höchsten Beitragsmarken bei Festsetzung des Grundbetrages der Renten und die Berechnung der Rentensteigerungssätze erfolgen ohne Rücksicht darauf, in welchem Jahre der Versicherungszeit die Beiträge entrichtet sind, nur darf wöchentlich nicht mehr als ein Beitrag entrichtet sein[1]).

[1]) Man hört so oft die Bemerkung, die Sozialversicherung mit den vielen hundert Millionen Mark jährlicher Renten an Arbeiter und Arbeiterfamilien und den großen Leistungen auf dem Gebiete der allgemeinen Volkswohlfahrt habe den sozialen Frieden nicht gebracht; im Gegenteil, die Arbeiterbevölkerung sei immer anspruchsvoller und unzufriedener geworden. Da ist daran zu erinnern, wie durch Mängel des Gesetzes und noch mehr durch falsche oder zu buchstäbliche Handhabung der Gesetzesparagraphen Unfriede gesät wird: seit Wochen liest man, z. B., ununterbrochen in den Tageszeitungen Klagen und Beschwerden über Härten des neuen Versicherungsgesetzes für Angestellte, die der Gesetzgeber unmöglich gewollt haben kann, über falsche und widersprechende Auslegung des Gesetzes bei verschiedenen Verwaltungsbehörden usw. Diese Mängel und Fehler des neuen Sozialgesetzes werden gewiß im Laufe der Zeit zum Teil beseitigt, man darf aber nicht vergessen, daß die große Unzufriedenheit der Versicherten, ihrer Angehörigen und auch der Arbeitgeber durch das unvollkommene Gesetz und durch Fehler der Ausführungsbehörden hervorgerufen ist! So war und ist es auch bei der Arbeiterversicherung.

[1]) Der Wert der Beitragsleistung (Quittungsmarke) ist versicherungstechnisch sehr verschieden, je nach dem Alter des Versicherten, in welchem der Beitrag geleistet ist. Der Beitrag in jungen Jahren ist wertvoller, als

Digitized by Google

Es ist zu erwidern, daß dieser durchaus richtige Einwand das Verfahren betrifft und nie und nimmer verhindern darf, dem Arbeiter auch den Tageslohn über 5 M. unter Versicherungsschutz zu stellen! Daß es möglich ist, obige Schwierigkeit auszuräumen, ohne bestehende Versicherungsverhältnisse irgendwie ändern zu müssen und ohne für die Zukunft an der bisherigen Berechnung der Beiträge und Leistungen der bestehenden 5 Lohnklassen zu ändern, zeigt der Vorschlag von Schönwiese[1]), den Ausbau der Invalidenversicherung durch Zusatzbeiträge zur 5. Lohnklasse vorzunehmen. Es soll hier nicht auf versicherungstechnische Einzelheiten eingegangen werden, nur sei noch hervorgehoben, seit Hinzukommen der Angestelltenversicherung, deren Mitglieder größtenteils auch invalidenversicherungspflichtig sind, ist ein Ausbau der Invalidenversicherung durch Anfügung höherer Lohnklassen nur möglich, wenn gleichzeitig eine Aenderung der entsprechenden Lohnklassen in der Angestelltenversicherung vorgenommen wird. Denn, um ganz ungerechtfertigte Härten den Versicherten und ihren Arbeitgebern zu ersparen, sind bekanntlich die Beiträge zur Angestelltenversicherung so berechnet, daß für Invalidenversicherungspflichtige die Beiträge zu dieser Versicherung am Beitrag zur Angestelltenversicherung in Abzug gebracht werden, so daß die Angestellten bis 1500 M. Einkommen prozentual nicht stärker belastet werden, als Angestellte mit höherem versicherungspflichtigen Einkommen. Man wird diesen Grundsatz auch für die Folgezeit aufrecht erhalten müssen.

Die Ausgestaltung der Invalidenversicherung zwecks Berücksichtigung der im letzten Jahrzehnt wesentlich gestiegenen Arbeiterlöhne wird also in der Richtung zu erfolgen haben, daß zur gegenwärtig höchsten (5.) Lohnklasse Pflichtzusatzbeiträge eingeführt werden für **Nicht**mitglieder der Angestelltenversicherung! Dann kann der Ausbau der Invalidenversicherung stets den Bedürfnissen der Lebens- und Wirtschaftsentwicklung folgen, ohne durch Rücksichtnahme auf die Angestelltenversicherung behindert zu sein. Reichsregierung und Reichstag würden meines Erachtens die Verantwortung für eine Begünstigung der Sozialdemokratie auf sich nehmen, wenn sie gemäß § 1388 RVO bis 1920 warten wollten, um eine Lücke des sozialen Versicherungsgesetzes auszufüllen, die darin besteht, daß von den 17 Millionen Versicherten der Invalidenversicherung mehr als eine Million Arbeiter sich nicht mehr dem Arbeitslohne entsprechend versichern kann und daß dieser Uebelstand von Jahr zu Jahr sich verschlimmert, weil die Arbeitslöhne steigen, wie gerade die Statistik der Invalidenversicherung deutlich zeigt; daß nun diese Lücke des Gesetzes besonders von der Sozialdemokratie scharf ausgenutzt wird, indem sie durch Kasseneinrichtungen aller Art das vom Staate nur zum Teil befriedigte Versicherungsbedürfnis der Lohnarbeiter zu befriedigen trachtet, zeigt wieder der Plan einer sozialdemokratischen Volksversicherung, die ihre besten Geschäfte in den größeren Städten und in den Industriegebieten macht, den Orten der hohen Löhne. Da die Sozialdemokratie durch ihr Kassenwesen die Arbeiter an die Parteiorganisation bindet und ferner durch die großen Kapitalien einer Versicherungsgesellschaft neue wirtschaftliche Macht bekommt, so hat der Staat kein Interesse daran, durch Mängel eines Gesetzes dieser Umsturzpartei Vorschub zu leisten.

Andererseits würde der Staat, die Allgemeinheit, durch die notwendige Ausgestaltung der Invalidenversicherung Vorteile gewinnen, da neue Millionen jährlich den Landesversicherungsanstalten — diesen mustergültig wirkenden Wohlfahrtsinstituten größten Stils — zufließen und bei Bekämpfung der Volksseuchen, der Arbeiterwohnungsnot usw. helfen würden; ferner würde die Aussicht auf größere Renten dazu beitragen, den Wert der Quittungskarten zu heben und dem Verfall der Anwartschaften bei Unterlassung des Markenklebens

im Alter, weil in der Jugend die Invaliditätsgefahr gering, Hinterbliebenenrente noch nicht in Betracht kommt und von den Beiträgen deshalb länger die Zinsen gewonnen werden. Die Landesversicherungsanstalten merken jetzt schon deutlich die Mehrbelastung, die dadurch entsteht, daß Versicherte im Alter oder kurz vor Invalidität möglichst viele Marken hoher Lohnklassen kleben, um ihre Rentenansprüche schnell zu steigern. Diese Mehrbelastung würde natürlich noch viel größer, wenn man höhere Lohnklassen den bisherigen hinzufügte. Auch auf die freiwillige Versicherung und die freiwillige Weiterversicherung ist Rücksicht zu nehmen, da vorwiegend ungünstige Risiken die Versicherung eingehen oder freiwillig fortsetzen.

[1]) Im Referatenband I obenerwähnter Schrift S. 15 ff.

Digitized by Google

entgegenzuwirken. Den Hauptvorteil hätte natürlich die Million hochgelohnter Arbeiter, die dann eine ihrem Arbeitsverdienste entsprechende staatliche Invaliden- und Hinterbliebenenrente sich sichern kann, ohne in Abhängigkeit zu irgendeiner politischen Partei oder Organisation treten zu müssen. Es dürfte Aufgabe des Reichstages sein, von der Regierung baldigst eine Gesetzesvorlage zu verlangen, die dem Versicherungsbedürfnis der höher gelohnten Arbeiter Rechnung trägt. Spätestens bei der Beratung im Jahre 1915, wo eine Herabsetzung der Altersgrenze von 70 auf 65 gemäß Art. 84 Einf.Ges. z. RVO. beabsichtigt ist, wäre die Einführung höherer Beiträge und höherer Versicherungsleistungen für Arbeiter mit einem Tageslohne von über 5 M. zu beschließen. Die obigen Ausführungen werden jedoch gezeigt haben, wie dringend nötig eine frühere Einführung einer Erweiterung der Invalidenversicherung ist. Darum tut Eile not!

Die Kostenfrage dieses Ausbaues der Invalidenversicherung wird meines Erachtens keine Schwierigkeit machen, da anzunehmen ist, daß der deutsche Arbeitgeber bereit ist für solche Arbeiter, die mehr als 5 M. täglich verdienen, auch täglich 1 Pf. mehr für die Invalidenversicherungsmarke zukünftig zu zahlen; und daß der hochgelohnte Arbeiter selbst fähig ist, 1 Pf. täglich mehr zurückzulegen, geht aus den gemachten Darlegungen klar hervor. Und mehr als 2 Pf. täglich oder 12 Pf. wöchentlich wird wahrscheinlich nicht nötig sein, um im Rahmen der bisherigen Leistungen der Invalidenversicherung eine dem Jahreslohne von 1500—2000 M. entsprechende Erhöhung der Versicherungsleistungen vorzunehmen. Neue Verwaltungskosten werden bei dieser Ausgestaltung der Invalidenversicherung in nennenswerter Weise nicht entstehen. Der Reichszuschuß zur Invalidenversicherung würde natürlich auch nicht geändert, da die Zahl der Versicherten und der Rentenempfänger durch die vorgeschlagene Erweiterung der Versicherung nicht vermehrt wird.

Es könnte nun entgegengehalten werden, eine Ausgestaltung der Invalidenversicherung ist nicht nötig, weil die Arbeiter entsprechend dem Steigen der Löhne die mit dem 1. Januar 1912 eingeführten Zusatzmarken für freiwillige Zusatzversicherung zur Verwendung haben. Da ist zunächst zu erwidern, daß zur freiwilligen Versicherung ein solches Maß von Einsicht und Selbstzucht gehört, wie wir es von allen höher gelohnten Arbeitern nicht erwarten dürfen, wie es auch bei der Angestelltenversicherung nicht vorausgesetzt wird, hier vielmehr der Versicherungszwang bis 5000 M. Jahreseinkommen ausgedehnt ist. Da wird man dem Arbeiter die Erhöhung der Zwangsversicherungsgrenze von 1500 M. auf etwa 2000 M. nicht vorenthalten können, wenn diese Erhöhung durch wirtschaftliche Verhältnisse im übrigen geboten erscheint. Sodann ist darauf hinzuweisen, daß die am 1. Januar 1912 eingeführten Zusatzmarken für freiwillige Versicherung den Fehler haben, die Hinterbliebenenansprüche nicht zu berücksichtigen — bei denen eine Erhöhung der äußerst niedrigen Renten besonders erforderlich ist — sondern nur eine Erhöhung der Invalidenrente bringen, also von dem Arbeiter, der stirbt, ohne Rente empfangen zu haben, umsonst gezahlt sind. Diese letztere Erwägung verhindert, daß gerade die jungen, unverheirateten Leute, die am besten Ersparnisse machen können, Zusatzmarken kaufen. Die Zusatzmarken müßten auch die Hinterbliebenenrenten erhöhen und dem Versicherten selbst bis zum Alter 45 etwa die Wahl lassen, zu erklären, daß er die Zusatzmarken als Kapitalversicherung betrachtet wissen will, d. h. beim Alter 50 oder später das Geld der Zusatzmarken nebst geringen Zinseszinsen ausgezahlt wünscht. So wäre durch die freiwillige Zusatzmarkenversicherung ein gewisser Ersatz der Volksversicherung, die ja meistens als Kinderversicherung auf 10 bis 20 Jahre Versicherungszeit abgeschlossen wird, gegeben; es böte eine solche freiwillige Zusatzversicherung als Erlebensfallversicherung gewählt, dem Unverheirateten gleiche Vorteile, wie dem Verheirateten. Es wäre zu wünschen, daß der Reichstag eine versicherungstechnische Vorlage fordert, die darlegt, was in solcher Weise für freiwillige Zusatzmarken geboten werden kann! So würde die Versicherungsleistung für diese Zusatzmarken eine soziale!

Dann darf der Gesetzgeber von einer Verbindung der freiwilligen Versicherung mit der Zwangsversicherung sich Erfolg versprechen. Auch erzieherische Wirkung bei den Arbeitern! Dann würde wahrscheinlich auch mancher Arbeitgeber bei Belohnungen und Gratifi-

Digitized by Google

kationen Zusatzmarken schenken, wenn er sich sagen muß, die beste Fürsorge für den Arbeiter und die Arbeiterfamilie ist die Erhöhung der Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung in der staatlichen Versicherung durch Verwendung der Zusatzmarken für freiwillige Zusatzversicherung. Darum gilt es, die Versicherungsleistungen für diese Zusatzmarken zu gestalten.

Es muß demnach eine Ausgestaltung und eine Verbesserung der Invalidenversicherung vorgenommen werden, Ausgestaltung dadurch, daß der Arbeitertageslohn über 5 M. auch versicherungspflichtig gemacht wird und Verbesserung dadurch, daß die Zusatzmarken nicht nur zur Erhöhung der Invalidenrente dienen, sondern auch unter bestimmten Voraussetzungen zur Alters- und Familienversorgung beitragen. So beseitigt man unnötige Härten des Invalidenversicherungsgesetzes und dient dem sozialen Frieden!

Die Anwendung des sogenannten Genter Systems auf die Mutterschaftsversicherung[1]).

Von Ratsassessor **Dr. jur. Georg Müller** in Leipzig.

Wenn auch die deutschen Krankenkassen für die Mutterschaftsversicherung schon jetzt bedeutende Summen ausgeben, so bleiben ihre Leistungen auf diesem Gebiete hinter dem Erforderlichen noch weit zurück. Daran ändert auch die Reichsversicherungsordnung nichts, wenngleich sie einem weiteren Ausbau dieses Zweiges der öffentlichen Versicherung die Wege ebnet. Die Wöchnerin wird auch nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung gerade dann, wenn sie ihren ganzen Lohn doppelt nötig braucht, ein Wochengeld in Höhe der Hälfte des Lohnes als Regelleistung erhalten; die freiwillige Mehrleistung, die den Kassen nach § 191 RVO. gestattet ist, wird nur in wenigen Kassen eingeführt werden. Ebensowenig ist die Gewährung von Hebammendiensten und ärztlicher Geburtshilfe und Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden, die Gewährung von Stillgeldern und die Schwangerenunterstützung für eine frühere Zeit als zwei Wochen vor der Niederkunft zur Regelleistung erhoben worden.

Es wird daher die Erörterung darüber, auf welchem anderen Wege die Mutterschaftsversicherung ausgebaut werden kann, nicht zur Ruhe kommen, und es soll mit diesen Zeilen versucht werden, einem auf dem Gebiete der Arbeitslosenversicherung begangenen Wege auch auf diesem Gebiete den Boden zu bereiten.

Eine Aufzählung und Kritik aller bisherigen Vorschläge vorauszuschicken, ist hier weder der Ort noch unbedingt erforderlich. Nur soviel muß gesagt werden: mit der Zwangseinführung der Muttschaftsversicherung unter alleiniger Belastung der Krankenkassen, etwa nach dem Plane Mayets, ist, nachdem die Reichsversicherungsordnung eben erst angenommen worden ist, vorläufig nicht zu rechnen. Der Versuch, Mutterschaftskassen auf dem Boden der Selbsthilfe als Vereins- oder städtische Kassen ins Leben zu rufen, wie er einerseits in Karlsruhe, Stuttgart, Heidelberg und Baden-Baden, andererseits in Sebnitz gemacht worden ist, hat die Wirkung gehabt, die allen diesen freiwilligen Kassen nach den auf dem Gebiete der Arbeitslosenversicherung gemachten Erfahrungen von vornherein prophezeit werden konnte: die Beteiligung ist gering und die finanzielle Grundlage schwach geblieben. Henriette Fürth, die dies im III. Teile ihres Buches „Die Mutterschaftsversicherung" (Jena 1911) näher auseinandersetzt, betont gegenüber diesen Versuchen mit Recht (so S. 185 a. a. O. und auch sonst), daß als der selbstverständliche und hauptsächlichste Träger der Mutterschaftsversicherung die Krankenversicherung sich ergebe: „Sie hat die gesetzliche Regelung und den wohlorganisierten und gut funktionierenden Apparat für sich. Sie ist ferner schon heute Trägerin der Wöchnerinnenfürsorge, des zweifellos bedeutsamsten Teiles der Mutterschaftsversicherung". Nun will H. Fürth aber alle von ihr für notwendig erachteten Leistungen also Wöchnerinnen- und Schwangerenunter-

[1]) Abdruck aus der „Sozialen Praxis" Jahrg. 22 Nr. 16.

Digitized by Google

stützung, Arzt und Arznei, Hebammendienste, Anstaltspflege, Hauspflege und Stillprämiengewährung allen Kassen zur Pflicht gemacht wissen. In Anbetracht der hohen Kosten sieht sie sich deshalb genötigt, auf anderweite Deckungsquellen zuzukommen, und so faßt sie neben der Aufbringung durch die Krankenkassen Tragung oder Erstattung durch die Gemeinden (so hinsichtlich der Hebammenkosten), Schatzbildung oder Deckung durch Einkommensteuer (so hinsichtlich der Kosten der Stillprämien) ins Auge. Auf diese Weise werden zwar die Krankenkassen richtigerweise herangezogen und auch Zuschüsse seitens Staat und Gemeinde ins Auge gefaßt, aber durch das Verlangen nach obligatorischer Einführung aller Zweige der Versicherung, wird die praktische Durchführbarkeit sehr in Frage gestellt und den großen Unterschieden in der Leistungsfähigkeit der Kassen nicht Rechnung getragen. Da von diesen einzelne schon auf dem besten Wege dazu sind, ihre Versicherung nach Kräften auszubauen und bei anderen es nur eine Frage der Zeit ist, so muß es Aufgabe der Verwaltung sein, dieses freie Spiel der Kräfte nach Möglichkeit zu fördern. Dazu ist das sog. Genter System vorzugsweise geeignet. Nach ihm werden zu den von den Gewerkschaften gezahlten Arbeitslosenunterstützungen öffentliche Zuschüsse gewährt; darin, daß diese Zuschüsse in einem bestimmten Verhältnisse zu den von den Kassen gewährten Leistungen stehen und nicht nur als Verstärkung, sondern auch als Ansporn zum Ausbau der Kassenleistungen gedacht sind, liegt die besondere Bedeutung dieses Systems. Das hat auch Dr. Fischer, der rührige Gründer der Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung in Karlsruhe, erkannt. Am Schlusse eines Aufsatzes der genannten Gesellschaft (Dokumente des Fortschritts, Juli 1909) sagt er im Hinblick auf die auf dem Grundsatze der Selbsthilfe aufgebauten Mutterschaftskassen:

„Bewährt sich diese Einrichtung und ist in ihr eine genügende Anzahl von Frauen organisiert, dann sind regelmäßige behördliche Unterstützungen, zunächst seitens der Stadtverwaltung zu erwarten, und so würde man, ähnlich wie bei der Arbeitslosenversicherung nach dem Genter System, von der Mutterschaftskasse zunächst zur städtischen Mutterschaftsversicherung gelangen. Bestehen dann in einem Staate, z. B. im Großherzogtum Baden, in mehreren Städten derartige Einrichtungen, dann kann auf ein staatliches Mutterschaftskassengesetz hingewirkt werden, nach welchem alle derartigen Kassen staatliche Unterstützungen zu erhalten haben, ähnlich wie dies bei den Arbeitslosenkassen in Norwegen geschieht . . ."

Abwegig ist dabei nur, daß Fischer erst darauf wartet, daß sich diese neuen Kassen bewähren, anstatt das von ihm befürwortete Genter System auf die Krankenkassen anzuwenden, die sich schon bewährt haben.

Die Anwendung dieses Gedankens auf die Mutterschaftsversicherung würde allerdings zunächst einzelne Mängel im Gefolge haben. Die Durchführung würde nämlich erst möglich sein nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung, da erst mit diesem Zeitpunkte die umfassende Versicherung nicht nur der gewerblichen Arbeiterinnen, sondern auch der Dienstboten und Heimarbeiterinnen eintritt. Indessen ist dies ja nur eine Frage der Zeit.

Schwerer wiegend wäre schon der Umstand, daß zunächst nur diejenigen Wöchnerinnen die Wohltaten der Versicherung und der Zuschüsse genießen würden, die entweder im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind (§ 195 RVO.), die also in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden oder sich gemäß §§ 1243, 1244, 1283 RVO. weiterversichert haben[1]). Diejenigen Ehefrauen also, die nicht versicherungspflichtig gewesen sind, könnten sich aus eigener Kraft die Vorteile der Wochenbeihilfe nicht verschaffen. Indessen ist in der Reichsversicherungsordnung (§ 205 Ziff. 2) den Kassen die Möglichkeit gegeben, die Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen einzuführen. Damit ist also die Möglichkeit gegeben, auch diesen Personen die Wöchnerinnenunterstützung zugänglich zu machen. Es würde sich also nur darum handeln, die Leistung öffentlicher Zuschüsse an die Bedingung der Einführung

[1]) Das Zitat ist irrig, da die Paragraphen sich auf die Invalidenversicherung beziehen. Es muß heißen: „oder sich gemäß §§ 176, 310, 316 versichert oder weiterversichert haben." (Redaktion der Arbeiter-Versorgung.)

Digitized by Google

eines mehr oder weniger großen Teiles der gesetzlich zugelassenen Familienhilfe zu knüpfen.

Ein dritter Mangel ist der, daß diejenigen Wöchnerinnen, die die Vorteile der freiwilligen Versicherung sich nicht zu wahren wissen und auch nicht in den Genuß der Familienhilfe kommen, die Wochenhilfe und demgemäß auch die Zuschüsse nicht erhalten. Es wird daher weitere Aufgabe der Kassen sein, immer wieder auf die Bedeutung der freiwilligen Weiterversicherung aufmerksam zu machen; soweit diese Arbeit vergeblich bleibt, wird es sich zumeist um solche Personen handeln, denen mit einer freiwilligen Versicherung erst recht nicht beizukommen ist und die auch bei obligatorischer Versicherung mit ihren Beiträgen ständig im Rückstande bleiben würden.

Ein weiterer Mangel liegt darin, daß auch nach dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung durchaus nicht alle versicherungspflichtigen Personen einer Gemeinde derselben Kasse angehören. Es bleiben neben den Ortskrankenkassen Betriebs- und Innungskrankenkassen bestehen, deren jede wieder besondere Leistungen gewährt, so daß also die Wöchnerinnen derselben Gemeinde verschiedene Wochenhilfen erhalten. Dieser Mangel müßte mit in Kauf genommen werden. Er besteht bei der Arbeitslosenversicherung nach dem Genter System ebenfalls.

Diesen Mängeln treten Schwierigkeiten zur Seite, die viel erheblicher zu bewerten sind. In ähnlicher Weise wie bei der Arbeitslosenversicherung erhebt sich zunächst die Frage, wer die Zuschüsse bezahlen soll. Hat man sich dort daran gewöhnt, die Gemeinden als diejenigen zu betrachten, die die praktischen Versuche anstellen und deren Kosten bezahlen, so kann diese Lösung bei der Mutterschaftsversicherung nicht in Frage kommen, praktisch schon deshalb nicht, weil, wie noch näher auseinanderzusetzen ist, die Zuschüsse, wenigstens zu den Leistungen der großen Kassen, auch bei geringer Bemessung im Einzelfalle zu hoch sein würden, um von den Gemeinden nach Maßgabe dessen, was sie jetzt für sozial-politische Zwecke auszugeben gewohnt sind, allein getragen werden zu können; aber auch grundsätzlich deshalb nicht, weil die Gemeinden an dem Ausbau der Mutterschaftsversicherung durchaus nicht allein, ja nicht einmal in erster Linie interessiert sind. Ein bedeutendes Interesse an dem Ausbau haben zunächst die Krankenkassen selbst; denn ihnen muß daran liegen, einen viel größeren Teil der Wöchnerinnen zur Arbeitsruhe während eines möglichst langen Zeitraums der Schwangerschaft und des Wochenbettes zu veranlassen, da nur auf diese Weise die größere Krankheitsanfälligkeit und die Kosten langdauernder Wochenbett- und anderer Krankheiten gemindert werden können. Die Arbeitsruhe wird weiter wegen ihres günstigen Einflusses auf die Invaliditätsverhältnisse auch für die Versicherungsanstalten von Bedeutung sein. Da aber die Bedeutung der Arbeitsruhe vor allem in der Erzielung größerer Stillfähigkeit und Stillmöglichkeit und der dadurch herbeigeführten Herabminderung der Säuglingssterblichkeit und der körperlichen und geistigen Hebung des Nachwuchses liegt, sind an diesem Erfolge vor allem auch Reich und Einzelstaat interessiert. Da nun die Krankenkassen über den Rahmen der nach der Reichsversicherungsordnung zulässigen Unterstützung nicht hinausgehen dürfen (den nur auszufüllen für sie schon eine gewaltige Aufgabe bedeutet), würde die Zuschußleistung dem Reiche, den Einzelstaaten und den Gemeinden zu gleichen Teilen zuzumuten sein, eine Forderung, deren grundsätzliche Berechtigung allerdings nicht in vollem Einklange mit ihrer praktischen Durchführbarkeit bestehen wird.

Hinsichtlich der Zuschüsse der Gemeinden wird weiter der Kreis der Wöchnerinnen abzugrenzen sein. Von den Wöchnerinnen, die in einer Gemeinde wohnen, ist ein nicht geringer Teil in außerhalb der Gemeinde gelegenen Fabriken beschäftigt und gehört daher auswärtigen Kassen an, andererseits haben die Kassen, die in einer Gemeinde ihren Sitz haben, auch eine Anzahl Mitglieder, die ihren Wohnsitz in einer anderen Gemeinde haben. Ebensowenig wie man nun einer Gemeinde die Zuschußleistung für diejenigen Wöchnerinnen wird zumuten können, die nicht in ihr ihren Wohnsitz haben, ebensowenig wird die Gemeinde sich dem entziehen können, auch denjenigen Wöchnerinnen Zuschüsse zu gewähren, die zwar bei ihr wohnen, aber bei einer auswärtigen Kasse versichert sind. Es würde sich also notwendig machen, die Gewährung gemeindlicher Zuschüsse an die Bedingung zu knüpfen, daß die Wöchnerin in

Digitized by Google

der Gemeinde während einer gewissen Zeit, etwa während eines Jahres, gewohnt hat.

Eine weitere Schwierigkeit liegt in der Beantwortung der Frage, zu welchen Kassenleistungen die Zuschüsse zu leisten sind. Geht man auf den Grundgedanken der Mutterschaftsversicherung zurück, so war dies folgender:

Die Versicherung soll eine Summe für den Fall der Mutterschaft gewähren. Diese Summe soll den entgangenen Arbeitsverdienst und eine Beihilfe zu den vermehrten Ausgaben enthalten, sie soll so bemessen sein, daß die Empfängerin sich veranlaßt sieht, sich längere Zeit vor und nach der Niederkunft, möglichst über die durch die Novelle zur Gewerbeordnung vom 28. Dezember 1908 bestimmten acht Wochen hinaus, von gewerblicher und erwerbsmäßiger Arbeit fernzuhalten und ihr Kind zu stillen. Diesen Anforderungen an eine Mutterschaftsversicherung würden nun, soweit ihnen die Krankenkassen mit Rücksicht auf die Beschränkungen durch die Reichsversicherungsordnung nicht nachkommen können, die Zuschüsse nach Möglichkeit zu entsprechen haben.

Die Zuschußmöglichkeiten haben demnach theoretisch eine fast unbegrenzte Ausdehnungsfähigkeit; praktisch sind die Möglichkeiten um so geringer. Denn die Kostenfrage macht einen großen Teil der Vorschläge eitel; sie ist überhaupt der schwierigste Punkt der ganzen Frage. Zur Veranschaulichung möge folgendes dienen: Mayet berechnet auf eine Kasse von 100000 Mitgliedern, von denen etwas über ein Viertel weiblich sind, durchschnittlich 2000 Mitgliedergeburten und 5200 Entbindungen versicherungsfreier Ehefrauen; von diesen will er die weiblichen Mitglieder während zwölf Wochen mit vollem Lohne, den er auf durchschnittlich 11,20 M. ansetzt, und die versichernngsfreien Ehefrauen mit 6 M. wöchentlich unterstützt wissen. Nun hat die Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung im Jahre 1911 bei einer durchschnittlichen Mitgliederzahl von 194365 an sechswöchiger Unterstützung — von der Schwangerschaftsunterstützung abgesehen — 159808,84 M. an 3638 Wöchnerinnen, für den Kopf also 43,92 M. ausgezahlt. Bei der nach der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen achtwöchigen Wochenhilfe würde sie ein Drittel mehr, als 213078,45 M. zu zahlen haben, und ebensohoch würde die Zuschußleistung sein, wenn den versicherungspflichtigen Wöchnerinnen auch die andere Hälfte des Arbeitslohnes erstattet würde. Unberücksichtigt sind dabei außerdem die bei anderen Leipziger oder auswärtigen Kassen versicherten oder zurzeit überhaupt noch nicht versicherungsberechtigten Wöchnerinnen, wenngleich deren Ansprüche durch den Wegfall der nicht in Leipzig wohnenden Wöchnerinnen der Leipziger Ortskrankenkasse teilweise ausgeglichen würden.

Der obige Zuschuß würde sich um ein mehrfaches vergrößern, wenn man auch den versicherungsfreien Ehefrauen — nach der Mayetschen Ziffer also 10400 für die Leipziger Ortskrankenkasse — zu der von der Krankenkasse einzurichtenden Wochenhilfe einen Zuschuß gewähren wollte.

Das dies nötig ist, ist aber nicht gesagt. Es kann z. B. schon genügen, wenn eine Industriegemeinde mit einer Jahresziffer von ungefähr 200 Geburten erwerbstätiger Frauen zu jeder Niederkunft 15 M., insgesammt also jährlich 3000 M., der Krankenkasse unter der Bedingung des Ausbaues der Kassenleistungen zuschießt. Sie wird dadurch mehr erreichen, als wenn sie die Leistungen der Krankenkasse auf diesem Gebiete unbeachtet läßt und die 3000 M. einer städtischen oder Vereinskasse zuweist, die schon auf die Mitgliedergewinnung, die Beitragseinziehung und die Finanzierung ihres Unternehmens Mühe und Geld verwenden muß. Erforderlich ist also nur, daß der Zuschuß unter der Bedingung des Ausbaues der Wochen- und Familienhilfe gewährt und daß ein solcher Zuschuß in Aussicht gestellt wird, daß die Krankenkassen sich entschließen, die Wochen- und die Familienhilfe in dem nach der Reichsversicherungsordnung zulässigen Umfange oder zu einem möglichst großen Teile auszubauen, also

1. Wochenhilfe für acht Wochen, davon mindestens sechs nach der Niederkunft (§ 195 RVO.), in Höhe des Krankengeldes,
2. Aufnahme in Wöchnerinnenheime und Hauspflege (§ 196 RVO.),
3. Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe, die bei der Niederkunft erforderlich werden (§ 198 RVO.),
4. Schwangerengeld in Höhe des Krankengeldes für die, welche infolge der

Digitized by Google

Schwangerschaft arbeitsunfähig werden, für weitere sechs Wochen (§ 199 Ziff. 1 und 2 RVO.),

5. Hebammendienste und ärztliche Behandlung, die bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden,
6. Stillgeld an Wöchnerinnen, solange sie ihre Neugeborenen stillen, in Höhe des halben Krankengeldes bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft (wodurch die von den Gemeinden jetzt vielfach bewilligten Summen für Stillprämien verfügbar würden und für den Zuschuß verwandt werden könnten),
7. Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen der Versicherten

ganz oder teilweise zu gewähren[1]).

Die Reihe der Fragen ist damit noch nicht erschöpft. Es könnte sich z. B. noch fragen, ob die Zuschüsse nicht nur für die Angehörigen der niedrigsten Lohnklassen oder, wenn allen, so im umgekehrten Verhältnisse zu den von den Krankenkassen gewährten Leistungen zu gewähren sind.

Der große praktische Wert des Genter Systems würde jedenfalls auch bei seiner Anwendung auf die Mutterschaftsversicherung zutage treten. Er würde in der Ersparung besonderer Verwaltungskosten (abgesehen von den Kosten der Zuschußberechnung) liegen — und wem läge nicht daran, eine Einrichtung so zu treffen, daß das Heer des Beamtentums nicht unnötig vermehrt wird? — er würde vor allem in dem Ansporn für die Krankenkassen liegen, ihre Kassenleistungen auf dem Gebiete der Mutterschaftsversicherung in immer vollkommenerem Maße auszubauen. Es würde dem Reiche, Einzelstaaten und Gemeinden die Möglichkeit geboten werden, die Arbeitsruhe der Wöchnerinnen ohne polizeiliche Zwangsmaßregeln und die Brustnahrung der Säuglinge in industriellen und ländlichen Gegenden, in denen die Stillpropaganda noch keinen festen Fuß gefaßt hat, ohne Vorträge und Vereinsbildung einzuführen.

[1]) Die Einführung der satzungsmäßigen Mehrleistungen könnte nicht deshalb beanstandet werden, weil sie — ganz oder teilweise — nicht durch die ordentlichen Beiträge, sondern durch eine von anderer Seite gewährte Beihilfe gedeckt werden sollen, sofern nur die Gewährung dieser Beihilfe hinreichend gesichert ist. Nach §§ 385 ff. RVO. genügt es, daß die Beiträge, die anderen Einnahmen eingerechnet, für die zulässigen Ausgaben der Kasse ausreichen. (Redaktion der Arbeiter-Versorgung).

Zu §§ 1291, 1294 Abs. 1 und 2 und 1693 RVO.

Von **Dr. Stempel**, Mitglied des Kgl. Oberversicherungsamts in Dresden.

Die Art der Erledigung des Streitfalles, der die Ausführungen über die Anwendung des § 1294 Abs. 2 in Verbindung mit § 1291 RVO. auf S. 695 des vorigen Jahrgangs dieser Zeitschrift (Nr. 30) zur Folge gehabt hat, und die Betrachtungen über den sozialen Kinderzuschuß auf S 79 f. und 487 a. a. O. (Nr. 4 und 21) geben Anlaß zu einigen weiteren Bemerkungen.

Den Ausführungen, in dem an erster Stelle erwähnten Aufsatze wird man unbedenklich beipflichten können. Der Standtpunkt, den das betr. Oberversicherungsamt eingenommen hat, erscheint nicht haltbar. Wie schon in den beiden anderen genannten Behandlungen zutreffend zum Ausdruck gebracht worden ist, kommt dem „Kinderzuschuß" selbständige Bedeutung nicht zu, er ist nur Teil gewisser Invalidenrenten. Um den „Kinderzuschuß" erhöht sich die — im Normalfalle aus Reichszuschuß, Grundbetrag und Steigerung zusammengesetzte — Invalidenrente in bestimmten Fällen, nämlich, wenn und solange der Empfänger einer solchen Kinder unter 15 Jahre hat. § 1291 RVO. ist nur eine neue Vorschrift über die Berechnung der Invalidenrente, die unter gewissen Voraussetzungen anzuwenden ist. Daher ist überall, wo die Reichsversicherungsordnung von der Invalidenrente — im engeren (§ 1255 Abs. 1 RVO.) oder weiteren (§ 1255 Abs. 3 RVO.: Krankenrente) Sinne — spricht, die nach § 1291 RVO. erhöhte Rente zu verstehen, sobald und solange dessen Voraussetzungen vorliegen. So sei z. B. noch neben den S. 79 ff. a. a. O. angeführten Fällen darauf hingewiesen, daß auch zur Befriedigung der Ersatzansprüche nach dem Fünften Buche der Reichsversicherungsordnung, soweit sie auf die Invalidenrente verwiesen sind, gegebenenfalls

Digitized by Google

die erhöhte Invalidenrente beansprucht werden kann, nicht aber der Kinderzuschuß von dem Zugriff des Ersatzberechtigten verschont bleibt.

§ 1291 RVO. beginnt: Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren, so erhöht sich die Invalidenrente . . . Daraus folgt weiter auch, daß die Erhöhung von Amts wegen erfolgen muß, sobald dem Antrage auf Gewährung von Invalidenrente stattgegeben wird. Es bedarf keines besonderen Antrages des Rentenanspruches auf Erhöhung der Invalidenrente. Denn § 1291 RVO. gibt lediglich eine Vorschrift für die Rentenberechnung. Die die Rente festsetzende Stelle ist aber verpflichtet, sie den gesetzlichen Vorschriften entsprechend zu berechnen.

Es dürfte mit den Grundsätzen über die Auslegung gesetzlicher Vorschriften nicht in Einklang stehen, wollte man dem Wortlaute des § 1291 RVO. entgegen aus der Bestimmung in § 74 Abs. 3 der Kaiserl. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1107) folgern, daß in jedem Falle die Erhöhung der Invalidenrente nach § 1291 RVO. besonders zu beantragen wäre, und daß ohne Antrag für den Versicherungsträger keine Verpflichtung, ja nicht einmal ein Anlaß zur Erhöhung der Rente vorliege. § 74 Abs. 3 a. a. O. kann nur die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung ausführen, nicht sie ändern. Sinngemäßer würde daher diese Bestimmung erst beginnen: „Hat der Ansprecher Kinder unter 15 Jahren oder wird Erhöhung der Invalidenrente nach § 1291 RVO. beantragt, so . . .“ Eines Antrags auf Rentenerhöhung wird es in der Regel allerdings dann bedürfen, wenn ein Invalidenrentenempfänger nach der Rentenberechtigung Kinder bekommt. Denn es kann dem Versicherungsträger nicht angesonnen werden, den Stand der Familie des Rentenempfängers auch in dieser Richtung im Auge zu behalten. Nur kann auch dann der Antrag nicht als notwendige Voraussetzung für die Erhöhung der Rente gelten. Erfährt vielmehr der Versicherungsträger auf anderem Wege eine Tatsache, die Veranlassung zur Erhöhung der Invalidenrente gibt, so hat er diese von Amts wegen vorzunehmen.

Da der Antrag auf Erhöhung einer Invalidenrente, nicht als „Antrag auf eine Leistung“ angesehen werden kann, gelten für ihn auch nicht die für die Anbringung dieser Anträge und ihre weitere Behandlung maßgebenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und der schon genannten Kaiserl. Verordnung vom 24. Dezember 1911. Auch die Erteilung eines neuen, im Rechtsmittelverfahren anfechtbaren Bescheids durch den Versicherungsträger erscheint demnach in Fällen nachträglicher Rentenerhöhung gemäß § 291 RVO. nicht erforderlich.

Abgesehen von den Bedenken in materiellrechtlicher Beziehung gegen den Standpunkt des Oberversicherungsamts in dem hier in Rede stehenden Streitfalle ist dieser vor allem auch angetan, auf eine namentlich für die Anfangszeit der Geltung der Reichsversicherungsordnung wichtige Vorschrift aufmerksam zu machen, auf § 1693 Abs. 1 und 2 RVO.

Das Oberversicherungsamt hat die Vorschrift in § 1693 Abs. 1 (Abs. 2) RVO. nicht beachtet. Danach hat das Oberversicherungsamt eine bei ihm angängige Berufungssache in einem Falle, in dem die Revision (oder der Rekurs) ausgeschlossen ist, an das Reichsversicherungsamt — oder Landesversicherungsamt — unter Begründung seiner Rechtsauffassung abzugeben, wenn es sich um eine noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt. Alsdann hat das Reichsversicherungsamt — oder Landesversicherungsamt — an Stelle des Oberversicherungsamts zu entscheiden (§ 1693 Abs. 4 RVO.).

In dem hier fraglichen Hinterbliebenenrentenstreitfalle lagen beide Voraussetzungen für die Abgabe nach § 1693 Abs. 1 (Abs. 2) RVO. vor. Da streitig nur die Zulässigkeit der Rentenkürzung nach § 1294 Abs. 2 RVO. war, die die beklagte Versicherungsanstalt bejahte, war die Revision ausgeschlossen; denn es handelte sich um die Höhe der Rente (§ 1696 Nr. 1 RVO.). Andrerseits konnte es keinem Zweifel unterliegen, daß es sich um eine noch nicht feststehende Auslegung einer gesetzlichen Vorschrift von grundsätzlicher Bedeutung handelte, nämlich um die Frage, ob als Invalidenrente im Sinne von § 1294 RVO. die einfache oder die erhöhte Invalidenrente zu gelten habe. Die Beantwortung dieser Frage berührt das Schicksal einer außer-

Digitized by Google

ordentlich großen Anzahl von Hinterbliebenenrenten. Beide Auffassungen sind von den streitenden Parteien vertreten worden, und es hat bisher weder das Reichsversicherungsamt, noch ein Landesversicherungsamt zu dieser Frage in einer grundsätzlichen Entscheidung Stellung genommen, so daß man von einer feststehenden Auslegung — jedenfalls nicht im Sinne der hier ergangenen Entscheidung — noch nicht sprechen kann.

Das Oberversicherungsamt mußte also bei der hinsichtlich der formellen Behandlung des Streitfalls völlig klaren Lage die Sache ans Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) abgeben. Die Abgabe war meist in sein Ermessen gestellt; da es sie unterlassen hat, hat es § 1693 Abs. 1 (Abs. 2) RVO. verletzt. Dies ist für die Ansprüche um so bedauerlicher, als anzunehmen ist, daß sich das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) jedenfalls auf den für sie günstigeren Standpunkt gestellt haben würde.

Ist nun die Entscheidung des Oberversicherungsamts endgültig und der Bescheid der Versicherungsanstalt durch die Verwerfung der Berufung rechtskräftig geworden, also sind die Ansprüche nicht mehr anfechtbar, so ist andererseits die Versicherungsanstalt in der Lage, jederzeit seinen Bescheid zugunsten der Ansprecher abzuändern, sobald sie sich überzeugt hat, daß sie die Leistung zu niedrig festgestellt hat. Die neue Feststellung steht der Versicherungsanstalt frei; diese kann auch von der Aufsichtsbehörde zu solcher Maßnahme nicht angewiesen werden; jedoch ist anzunehmen, daß die Versicherungsanstalt auch im vorliegenden Falle von der Befugnis des § 1319 RVO. Gebrauch machen wird, sobald durch die Rechtsprechung festgestellt worden ist, daß allenthalben unter Invalidenrente gegebenenfalls die nach § 1291 RVO. erhöhte Invalidenrente zu verstehen ist.

Es ist zu fassen, daß die Vorschrift in § 1693 Abs. 1 und 2 RVO. regelmäßig angewandt und weitgehend ausgelegt wird. Sie gibt einen Weg, auf dem auch in den sonst der Nachprüfung der Revisions- und Rekursgerichte gesetzlich entzogenen Sachen eine einheitliche Gesetzesauslegung herbeigeführt werden kann, Denn so werden die höchsten Spruchbehörden in die Lage versetzt, im Berufungsverfahren zu entscheiden, und sie können diese Entscheidungen denn als grundsätzliche nach § 1716 RVO. veröffentlichen. Denn es ist nicht anzunehmen, daß die Vorschrift in § 1716 RVO. sich nur auf Revisions- oder Rekursentscheidungen bezieht. Eine rasche Beseitigung der mannigfachen Zweifelsfragen durch die Rechtsprechung erscheint im Interesse der Einheitlichkeit in der Anwendung des Gesetzes im ganzen Reichsgebiete nur erwünscht.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des Stellvertreters des Reichskanzlers, betreffend Uebergangsbestimmungen zur Reichsversicherungsordnung.

Vom 11. Januar 1913. — RGBl. S. 16 —.

Auf Grund des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. hat der Bundesrat folgendes bestimmt:

Für bestehende Ortskrankenkassen, die ihre Zulassung nach Art. 18, 19 a. a. O. beantragen, ist die neue Kassensatzung von der Generalversammlung zu beschließen.

Für bestehende Betriebskrankenkassen hat der Arbeitgeber die neue Kassensatzung aufzustellen und nach Anhören von Versicherten einzureichen.

Für bestehende Innungskrankenkassen hat die Innung die neue Kassensatzung aufzustellen und nach Anhören des Gesellenausschusses einzureichen.

B. Zur Krankenversicherung.

Ist der Freitrunk der Brauereiarbeiter dem Lohn zuzurechnen?

Entscheidung des **Versicherungsamts** zu **Sondershausen** vom 22. November 1912.

Infolge einer von dem hiesigen Magistrat auf eine Beschwerde des Brauers B. gegen den Brauereibesitzer W. hier am 28. November 1911 erlassenen und rechtskräftig gewordenen Entscheidung, in welcher der sogenannte Freitrunk als Naturalbezug dem Lohne zugerechnet worden ist, hat der Vorstand der Ortskrankenkasse die beiden Beklagten (Brauereibesitzer), aufgefordert, im Sinne dieser Entscheidung ihre Lohnmeldungen zu ergänzen. Die Letzteren haben aber eine Verpflichtung dazu bestritten.

Digitized by Google

Infolgedessen hat der Vorstand der Kasse beim Magistrat zwangsweise Regelung nachgesucht und, nachdem er über die Unzulässigkeit dieses Antrags belehrt worden ist, durch seinen Vorsitzenden am 21. November v. J. vor dem Versicherungsamte förmliche Entscheidung beantragt.

Ueber das tatsächliche Beschäftigungsverhältnis haben die Beklagten bei ihrer Vernehmung vor dem Magistrate am 27. und 28. Juni v. J. angegeben, jeder in der Brauerei Beschäftigte erhalte durchschnittlich täglich dreieinhalb Liter Bier als sogenannten Freitrunk zum Verbrauche während der Arbeitszeit und an der Arbeitsstelle; ein Mitnehmen des Bieres nach Hause oder eine Veräußerung desselben sei nicht gestattet; die Abgabe sei zwar allgemein üblich, bezwecke aber nur, die Leute vor der widerrechtlichen Aneignung von Bier zu bewahren; keinesfalls handele es sich um eine vertragsmäßige Leistung.

Die Richtigkeit dieser Behauptungen ist von den Braumeistern S. bei B., B. bei Z. bestätigt worden.

Es war wie geschehen zu erkennen.

In § 1 KVG. ist der Naturalbezug dem baren Lohne gleichgestellt.

Für beides ist nach der Absicht des Krankenversicherungsgesetzes Voraussetzung, daß sie als Entgelt für geleistete Arbeit gegeben und empfangen werden, daß der Naturalbezug einen Vermögenswert gleich wie der bare Geldbetrag für den Empfänger hat, und daß der Empfänger über den Naturalbezug ebenso frei verfügen kann, wie über den baren Lohn.

In den Streitfällen ist nun nach den übereinstimmenden Erklärungen der Arbeitgeber und der bei ihnen beschäftigten Braumeister erwiesen, daß zwar der Freitrunk gewohnheitsmäßig in den Brauereien an das Personal verabfolgt wird, daß indessen

a) eine vertragsmäßige Leistung nicht vorliegt,

b) die Hingabe nur erfolgt, um die Beschäftigten von der widerrechtlichen Aneignung von Bier abzuhalten, nicht aber als Gegenleistung für die Arbeit und demnach nicht als Mitbestandteil des Lohnes,

c) die Beschäftigten über den Freitrunk nicht frei verfügen können, da es verboten ist, ihn mit nach Hause zu nehmen oder anderweit zu verwerten.

Ist demnach der Freitrunk einerseits nicht Gegenstand des Vertragsverhältnisses gewesen und unterliegt andererseits die Verfügung der Empfänger über ihn den nachgewiesenen wesentlichen Beschränkungen, dann kann ihm auch ein wirtschaftlicher Wert nicht beigemessen, und er daher auch als Bestandteil des Lohnes nicht angesehen werden. Die gewohnheitsmäßige Verabfolgung allein reicht zu einer anderen Beurteilung des Wesens des gedachten Bezuges nicht aus.

Infolgedessen entfällt für die Brauereibesitzer die Verpflichtung, ihre Lohnanmeldung zu ergänzen. Es erübrigt sich zugleich die behördliche Festsetzung eines Wertes.

Auf dem Gebiete der Unfallversicherung hat allerdings das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 13. Juni 1887 (Amtl. Nachr. S. 201) bei ähnlicher Sachlage den Freitrunk als Naturallohn angesehen und seinen Wert der Rentenbemessung mit zugrundegelegt.

Zu einem anderen Ergebnis gelangte eine Entscheidung des Königlich Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 18. April 1901, welches die Frage nach der Steuerpflichtigkeit des genannten Bezugs verneint, wenn die Verhältnisse so geartet sind, wie in den hier vorliegenden Streitfällen.

Das Versicherungsamt ist zu der Ueberzeugung gelangt, daß die Entscheidung aus der Unfallversicherung nicht anzuwenden sei, der Sachverhalt der hier vorliegenden Verhältnisse vielmehr die Annahme der Versicherungsfreiheit des betreffenden Bezugs hinsichtlich der Krankenversicherung überwiegend rechtfertigt.

Auch der Vorstand der Thüringischen Landesversicherungsanstalt hat sich hinsichtlich der Invalidenversicherung in seiner Erklärung vom 30. Oktober d. J. auf den gleichen Standpunkt gestellt, weil die beliebige Verwendung und Verwertung des Freitrunks dem Personal nicht gestattet sei.

Schließlich sei noch bemerkt, daß der Vorsitzende der Einkommensteuer-Berufungskommission hier in einem Berichte vom 5. Februar 1901 an das Fürstliche Ministerium den Grundsatz vertreten hat, daß der in den Brauereien an die Arbeiter regelmäßig verabreichte Freitrunk sich nicht als ein steuerpflichtiger Naturalbezug darstellte.

(H. K.) **Beendigung, nicht Unterbrechung des Arbeitsverhältnisses bei Einstellung der Arbeiten wegen Frostwetters. Die zwar wider besseres Wissen aber nicht dolos abgegebene Bescheinigung des Arbeitgebers über die Fortdauer des Arbeitsverhältnisses begründet keine Ersatzpflicht gemäß §§ 823, 826 BGB.**

Entscheidung der **1. Zivilkammer des Königl. Landgerichts** in **Duisburg** vom 10. Januar 1912.

Der Maurer G. hat vom 13. bis 23. Januar 1909 bei dem Kläger gearbeitet und ist während dieser Zeit ordnungsmäßig bei der beklagten Kasse angemeldet gewesen. Am 23. Januar meldete ihn der Kläger ab. Am 27. Januar erklärte G., daß er krank sei und bat sich von dem Kläger einen Krankenschein aus, den dieser ihm auch erteilte. G. ließ sich vom Kassenarzte behandeln und verlangte von der beklagten Kasse Krankengeld. Die Kasse lehnte die Auszahlung von Krankengeld zunächst ab, da G. abgemeldet sei. G. legte der Kasse darauf eine Bescheinigung des Klägers vom 13 Februar 1909 vor, in welcher es heißt: „. . . Der Maurer Karl G. hat bis zum 23. Januar bei mir in Arbeit gestanden, entlassen habe ich denselben bis heute noch nicht aus seinem Arbeitsverhältnis, sondern habe denselben wegen Witterungsverhältnissen, vielmehr Frost, aus der Krankenkasse abgemeldet."

Auf Grund dieser Bescheinigung hat die beklagte Kasse für die ärztliche Behandlung und Arznei 14,40 M., sowie an Krankengeld für 13 Tage 23,40 M., insgesamt also 37,80 M. aufgewendet. Sie hat Erstattung dieser Aufwendungen vom Kläger verlangt. Durch die Entscheidung der Verwaltungsbehörde vom 28. Februar 1911 ist der

Digitized by Google

Kläger auch zur Erstattung dieser Auslagen verurteilt worden, da das Beschäftigungsverhältnis zur Zeit der Erkrankung G.s noch fortbestanden habe.

Der Kläger hat auf Aufhebung dieser Entscheidung und Abweisung des Erstattungsanspruches rechzeitig Klage erhoben. Er führt an, das Arbeitsverhältnis sei am 23. Januar 1909 tatsächlich gelöst worden. Die Bescheinigung habe er nur ausgestellt, weil der Rendant der beklagten Kasse nach G.s Angabe erklärt habe, er möge den Schein ruhig ausstellen, Weiterungen würden ihm daraus nicht erwachsen.

Durch das angefochtene Urteil ist die Klage abgewiesen worden. Der Vorderrichter führt aus, daß eine Beendigung des Arbeitsverhältnisses am 23. Januar 1909 ausdrücklich nicht erklärt worden sei. Ein sicherer Schluß auf eine solche Beendigung des Arbeitsverhältnisses sei auch aus den Umständen nicht zu ziehen. Mit Rücksicht auf die vom Kläger ausgestellte Bescheinigung müsse daher angenommen werden, daß eine Aufhebung des Arbeitsverhältnisses nicht beabsichtigt gewesen sei, und daß der Kläger selbst das Arbeitsverhältnis als fortdauernd angesehen habe.

Mit form- und fristgerechter Berufung beantragt der Kläger: Abänderung nach dem Klageantrag zu erkennen.

Die Beklagte beantragt: Die Berufung zurückzuweisen.

Die Parteien wiederholen ihr Vorbringen aus erster Instanz. Der Kläger tritt weiteren Beweis dafür an, daß G. am 23. Januar 1909 entgiltig entlassen worden sei. Die Bescheinigung vom 13. Februar 1909, die allerdings in Widerspruch hiermit stehe, habe er dem G. nur deshalb ausgestellt, weil dieser ihm berichtet habe, der Rendant der beklagten Kasse habe eine solche Bescheinigung mit dem Bemerken verlangt, der Kläger solle dadurch irgendwelche Nachteile nicht haben. G. müsse bekunden, daß der Rendant der beklagten Kasse tatsächlich ein solches Ansinnen an ihn gestellt habe.

Die Beklagte erwidert, G. sei am 23. Januar 1909 in Wirklichkeit noch nicht aus dem Arbeitsverhältnis entlassen gewesen. Es handele sich nur um eine Unterbrechung der Maurerarbeiten wegen Frost. Mithin sei G. zu der Zeit, als er sich krank gemeldet habe, versicherungspflichtig gewesen, und die Kasse könne sich daher gemäß § 50 KVG. an den Kläger wegen Zurückerstattung des an G. gezahlten Krankengeldbetrages halten. Eventuell aber, wenn nämlich G. tatsächlich zur Zeit seiner Erkrankung bereits entlassen gewesen sei, so habe der Kläger die Bescheinigung vom 13. Februar 1909 wider besseres Wissen ausgestellt und hafte aus diesem Grunde der Beklagten auf Schadenersatz.

Gemäß Beschluß vom 4. Oktober 1911 sind die Zeugen, Maurer G. und Rendant B., darüber vernommen worden, ob der Zeuge G. dem Rendanten B. bei Vorlegen des Krankenscheines ausdrücklich erklärt hat, er sei vom Kläger entlassen und stehe auch nicht mehr in irgendeinem Arbeitsverhältnis bei ihm, und ob ihn der Rendant B. trotzdem veranlaßt hat, sich vom Kläger die Bescheinigung vom 13. Februar 1909 ausstellen zu lassen, indem er bemerkte, daß der Kläger dadurch keinen Nachteil haben sollte. Die Aussagen der Zeugen ergeben sich aus dem Protokoll vom 11. Dezember 1911. Die Handakten der beklagten Kasse haben vorgelegen und sind Gegenstand der Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Wie der Zeuge Karl H. bei seiner Vernehmung in erster Instanz glaubhaft bekundet hat, haben die Maurerarbeiten der Leute des Klägers am 22. Januar 1909 wegen Frostwetters aufgehört. Am Abend des 22. Januar 1909 wurde den Arbeitern der Lohn ausgezahlt, auch erhielten sie ihre Papiere ausgehändigt. Der Lohn wurde bis zum Ende der Arbeitszeit ausbezahlt, während sonst immer ein Tag stehenzubleiben pflegte. Als Grund für die Aushändigung des Lohnes und der Papiere gibt der Zeuge, der als Maurerpolier über die Verhältnisse Bescheid weiß, an, es werde dieses bei Eintritt von Frostwetter gewöhnlich so gehandhabt, damit die Leute sich nach anderer Arbeit umsehen könnten. Bei Eintritt von Tauwetter gebe man dann den Leuten Nachricht, daß die Arbeit wieder beginne. Es werde erwartet, daß die Leute dann wiederkämen. Wenn sie nicht wiederkämen, nehme man eben andere an.

Das Berufungsgericht entnimmt aus diesen Darlegungen, daß das Arbeitsverhältnis G.s am 23. Januar 1909 tatsächlich beendet worden ist. G. hatte seinen Lohn vollständig ausbezahlt und und seine Papiere gerade zu dem Zwecke zurückerhalten, um sich andere Arbeit suchen zu können. Darin liegt eine Beendigung des Dienstverhältnisses. Auch die Erwartung, daß G. bei Eintritt von Tauwetter wieder eintreten werde, ändert hieran nichts. Denn weder übernahm G. eine Verpflichtung, bei Eintritt von Tauwetter wiederzukommen, noch übernahm der Kläger die Verpflichtung, ihn in diesem Falle wieder einzustellen. Daß der Kläger den G. als entlassen betrachtet hat, ergibt sich auch daraus, daß er ihn gleich am 23. Januar 1909 bei der beklagten Kasse abgemeldet hat. Nun hat der Kläger dem G. allerdings am 13. Februar 1909 bescheinigt, daß er ihn aus dem Arbeitsverhältnis noch nicht entlassen habe. Diese Bescheinigung ist allerdings ein außergerichtliches Zugeständnis des Klägers. Sie genügt jedoch allein nicht, um den sich aus der objektiven Sachlage ergebenden Schluß, daß G. tatsächlich entlassen war, zu widerlegen. Der Anspruch der beklagten Kasse ist daher, soweit er sich auf die Behauptung stützt, daß der Kläger den G. mit Unrecht abgemeldet habe, unbegründet.

Es war daher nur noch zu prüfen, ob der beklagten Kasse gegen den Kläger etwa ein Schadenersatzanspruch aus unerlaubter Handlung zusteht. In dieser Hinsicht steht nun allerdings nach der durchaus glaubhaften Aussage des Rendanten B. fest, daß die Kasse dem G. das Krankengeld nur deshalb ausgezahlt hat, weil ihm der Kläger bescheinigt hatte, daß er noch nicht entlassen sei. Es steht weiter fest, daß der Kläger dem G. diese Bescheinigung bewußtermaßen wahrheitswidrig ausgestellt hat. Auch kann nicht bezweifelt werden, daß sich der Maurer G. auf Grund dieser Bescheinigung rechtswidrig einen ihm nicht zustehenden Vermögensvorteil verschafft hat. Der Kläger hat also durch Ausstellung dieser unwahren Bescheinigung objektiv dazu beigetragen, dem G. diesen rechtswidrigen Vermögens-

Digitized by Google

vorteil zuzuwenden. Das Berufungsgericht hat jedoch nicht für erwiesen erachtet, daß der Kläger hierbei in der Ueberzeugung gehandelt hat, daß die Krankenkasse durch seine Bescheinigung getäuscht und hierdurch zur Auszahlung des Krankengeldes bestimmt werden würde. Vielmehr scheint es nach der Aussage des Zeugen G., daß dieser Zeuge sowohl die Kasse als den Kläger belogen hat. Zu dem Rendanten der Kasse hat er gesagt, er sei noch nicht entlassen. Zum Kläger dagegen hat er gesagt, der Kassenrendant habe ihm aus eigenem Antrieb gesagt, er solle sich vom Kläger bescheinigen lassen, daß er bloß wegen Frostwetters abgemeldet sei und daß er weiterarbeiten könne, wenn der Frost vorüber sei: der Kläger werde aus dem Ausstellen der Bescheinigung irgendwelche Nachteile nicht haben. Aus dieser Aeußerung des G. durfte der Kläger schließen, daß G. dem Rendanten wahrheitsgemäß den richtigen Sachverhalt erzählt habe, und daß der Rendant trotz Kenntnis der Sachlage auf dem Rechtsstandpunkte stehen bliebe, G. müsse als noch nicht entlassen gelten, daß er dies aber noch ausdrücklich bescheinigen lassen wolle. Wenn der Kläger unter diesen Umständen sich dazu herbeiließ, gegen sein besseres Wissen zu bescheinigen, daß G. noch nicht entlassen sei, so mag hierin allerdings ein Verstoß gegen die guten Sitten liegen, jedoch fehlte dem Kläger das Bewußtsein, daß er die Kasse über den wahren Sachverhalt täusche, und es kann ihm daher eine vorsätzliche Schädigung der beklagten Kasse nicht nachgewiesen werden. Da es also an dem Erfordernisse des Vorsatzes fehlt, kann dem Kläger gegenüber ein Anspruch auf Schadenersatz aus unerlaubter Handlung weder aus § 823 Abs. 2 noch aus § 826 BGB. hergeleitet werden. Auch eine andere Bestimmung des Gesetzes kommt nicht in Betracht, da § 823 Abs. 1 auf eine bloße Vermögensschädigung nicht anwendbar ist.

Der Klage war daher unter Abänderung der Vorentscheidung stattzugeben.

Die Pflichtmitgliedschaft bei einer Krankenkasse — und damit die Unterstützungspflicht der Kasse für eintretende Krankheitsfälle — endigt sofort mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, sohin nicht erst mit dem Ablaufe des letzten Tages der Beschäftigung.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs**, 3. Senat, vom 1. Juli 1912.

Sch., dessen Beschäftigungsverhältnis am 7. Dezember 1910 vormittags ihr Ende erreicht hatte, erkrankte alsbald nachher, wobei zweifelhaft war, ob die Erkrankung bereits am Abend des 7. Dezember oder erst am folgenden Tage eingetreten war: er macht geltend, daß die Gemeindekrankenversicherung N. für die Kosten seiner Krankheit aufkommen müsse, wenn er überhaupt am 7. Dezember 1910 noch der Gemeindekrankenversicherung angehörte, da „die Mitgliedschaft vor 12 Uhr nachts nicht enden könne".

Diese Anschauung ist irrig. Die Pflichtmitgliedschaft bei der Krankenversicherung und damit die Unterstützungspflicht dieser Versicherung endigt mit dem Ende der versicherungspflichtigen Beschäftigung (vgl. § 8 Abs. 1 der bayer. Vollzugsvorschriften vom 15. Oktober 1892 zum Krankenversicherungsgesetz, Gesetz- und Verordnungsblatt 1892 S. 621 ff.). Der Königl. Verwaltungsgerichtshof schließt sich der in der Literatur (s. Reger-Henle, KVG. Anm. 5 Abs. 7 lit. f zu § 4, 8. Aufl. S. 67, dann Hahn, KVG. Anm. 1 lit. e Abs. 3 zu § 1, 6. Aufl. S. 30, ferner Arb.-Vers. Bd. 23 S. 111) vertretenen Anschauung, welche auch — von einer vereinzelten gegenteiligen Entscheidung (s. Arb.-Vers. Bd 15 S. 276) abgesehen — in der Rechtsprechung zum Ausdruck gekommen ist (vgl. die Entscheidung des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 10. Oktober 1895, Reger, Bd. 16 S. 375) dahin an, daß als der maßgebende Endpunkt für die Unterstützungspflicht der Versicherungseinrichtung der Augenblick des tatsächlichen Ausscheidens aus dem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse und nicht erst der Ablauf des Tages, an welchem das Ausscheiden erfolgte, zu betrachten ist. Wie der Beginn der Mitgliedschaft bei der Versicherung und der Beginn der Unterstützungspflicht der Natur der Sache nach mit dem Augenblicke des Eintrittes in das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis zusammenfallen muß und nicht etwa auf den Beginn des Tages, in welchen der Eintritt in die Arbeit fällt, vordatiert werden kann, so muß, da das Gesetz eine gegenteilige Bestimmung nirgends getroffen hat, nach gleichen Grundsätzen auch das Erlöschen der Mitgliedschaft beurteilt und demnach der Augenblick des Ausscheidens aus der Beschäftigung als der allein in Frage kommende Endpunkt festgehalten werden.

Der Umstand, daß die Krankenversicherungsbeiträge auch für den betreffenden Tag noch ganz berechnet werden, steht mit der hier zu entscheidenden Frage des Endes der Pflichtmitgliedschaft und der Unterstützungspflicht in keinem Zusammenhang und es kann aus dieser Berechnungsweise keineswegs gefolgert werden, daß die Mitgliedschaft noch über die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses hinaus den ganzen Tag fortdauert (vgl. Hahn, KVG. Anm. 3 zu § 52, 6. Aufl. S. 279).

Der vorstehend aufgelegten Auffassung steht auch der Standpunkt, den der königl. Verwaltungsgerichtshof in der Entscheidung vom 22. Mai 1905 (hier Erg.-Bd. 3 S. 533) eingenommen hat, nicht entgegen; denn dort handelt es sich lediglich um den Ausgangspunkt für die Bemessung der gemäß

Digitized by Google

§ 78 a KVG. stets mit ganzen Tagen rechnenden Frist des § 28. a. a. O. — also um eine Frage, die mit der vorliegenden in keinerlei Zusammenhang steht. (Reger.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Mann von 50 Jahren.

Dieses Thema, als sozialpolitisches Problem, behandelt ein Aufsatz von J. Tews im „Berliner Tageblatt" vom 9. Januar 1913. Die interessanten Ausführungen gewinnen der Frage auch eine versicherungsrechtliche Seite ab. Aus diesem Teile des Aufsatzes heben wir folgendes heraus: Aeltere Leute mit genügender Selbsterkenntnis und ernster Lebensauffassung wüßten das natürliche Zurückgehen ihrer Leistungsfähigkeit oft dadurch auszugleichen, daß sie mit ihrer Kraft außerhalb des Berufs haushälterischer umgehen als manche jüngere Mitarbeiter. Im wesentlichen aber stehe der Fünfziger am Scheidewege. „Entweder ist er Arbeitgeber geworden oder Angestellter in vorgerückter Position, oder er muß sich mit untergeordneten Arbeiten und geringerer Entlöhnung begnügen. Ein drittes, nach wie vor in Reih und Glied zu stehen, ist eine Ausnahme, die um so seltener wird, je mehr es sich um körperliche Arbeiten handelt. Der Arbeiter wird durch das Altersproblem noch empfindlicher berührt als der Angestellte, und von diesen die Unterschicht mehr als die mittlere und obere. In den Berufen und Berufsstellungen, bei denen die Persönlichkeit, die Ausnutzung der früheren Lebensjahre zu Studien, die Lebenserfahrung und der Charakter viel bedeuten, kann erst ein höheres Alter die Leistungsfähigkeit herabmindern, z. B. bei Lehrern, Geistlichen, Richtern, Verwaltungs- und Kassenbeamten, bei denen der Erfolg nicht so sehr von der Menge der geleisteten Arbeit, als von der Persönlichkeit und ihrem geistigen Fundus abhängt.

Bleiben wir bei der großen Masse der Angestellten, die im Geschäftsleben ein bestimmtes Quantum Arbeit zu leisten haben, so verlangt das Gemeinwohl, nicht nur die Rücksicht auf den einzelnen, daß diese Hunderttausende nicht beiseite geschoben oder ganz ausgeschaltet werden. Neben dem, was Arbeitgeber und Angestellte aus eigener Initiative tun werden, wird auch der Staat das Seine tun müssen. Ein gut Stück hätte sich bei der neuen Reichsversicherungsordnung erledigen lassen. Ich halte es für durchaus unrichtig, und es ist in seinen Folgen überaus verhängnisvoll, daß unsere soziale Gesetzgebung Ledige und Verheiratete bzw. Ledige und Familienväter und alle Altersklassen gleich behandelt. Die Ledigen müßten einen erheblich größeren Teil der sozialen Lasten tragen und die Beiträge für die Angestellten, auch der vom Arbeitgeber zu entrichtende Teil, in einem nicht zu hohen Alter des Angestellten, sagen wir mit 50 Jahren, aufhören. Das wäre ein Aequivalent, das für den Arbeitgeber ins Gewicht fiele und für den Angestellten nicht minder.

Die neuere Entwicklung unseres wirtschaftlichen Lebens ist fortgesetzt in der Richtung erfolgt, daß die Arbeitskraft als solche, losgelöst vom Familienverbande, in Betracht kommt. Der Beamte erhielt in alter Zeit Naturallöhnung, der kaufmännische und gewerbliche Angestellte lebte im Hause des Arbeitgebers. Dieser stand als Familienvater den meist jüngeren ledigen Angestellten gegenüber. Erst die neueste Zeit hat das Heer von Arbeitern, Angestellten und Beamten geschaffen, die ohne Rücksicht auf ihren Familienstand gleiche Löhnung erhalten und darum natürlich lediglich nach ihrer persönlichen Brauchbarkeit bewertet werden. Dabei kommt der Familienvater und der Aeltere unter den Schlitten. Er soll mit Mitarbeitern konkurrieren, die entweder mehr können oder weniger brauchen als er, oder bei denen beides der Fall ist. In der Beamtenbesoldung ist dieser Mißstand, aber auch erst im Laufe der letzten Jahrzehnte, durch Alterszulagen zum Teil beseitigt worden. Es bleibt hier nur das Mißverhältnis zwischen Familienvätern und Ledigen bestehen. Bei den privaten Angestellten und den Arbeitern dagegen bleiben Alter und Familienstand unberücksichtigt.

Hier liegen offenbar die großen Mängel unserer sozialen Gesetzgebung, die, hoffentlich in nicht zu langer Zeit, auch die Kindererziehung (Beihilfen dazu) einbeziehen muß. In welcher Weise dies geschehen könnte, habe ich mehrfach eingehend dargelegt, z. B. in der kleinen Schrift „Familie und Familienerziehung" (Langensalza, Bayer u. Söhne).

Sieht man diesen Problemen offen ins Gesicht, so könnte es wohl erreicht werden, daß auch diejenigen Angestellten, die es zu einer leitenden oder Vertrauensstellung nicht gebracht haben, als vollwertige Arbeitskräfte an ihrem Platze bleiben. Welche ungeheuren Verluste der Volkswirtschaft durch vorzeitiges Ausscheiden oder Beiseiteschieben dieses Alters erwachsen, ist schon angedeutet worden. Aber das sind doch noch nicht die schlimmsten Folgen. Daß Männer, die noch eine bedeutende Arbeitskraft besitzen, vor allen Dingen aber über ein unschätzbares Kapital von Erfahrung verfügen, schon außer Kurs kommen, drückt die Moral unseres Erwerbslebens ungemein herab, ist eines der vielen Momente, die es der Jugend erschweren, zur Arbeit und zu ihrer Bewertung die rechte Stellung zu gewinnen.

Aber Reformen in dieser Richtung sind schwer. Die Jüngeren denken naturgemäß zunächst an sich, und die Ledigen wehren sich dagegen, daß sie anders behandelt werden sollen als die Familienväter. Da die Jüngeren und Ledigen in den politischen Organisationen in der Regel ausschlaggebend sind, so ist von den Parteien ein entsprechendes Vorgehen schwer zu erwarten. Die vereinzelten Anregungen in dieser Richtung haben ein stärkeres Echo bisher nicht gefunden. Aber auf die Dauer wird man sich dagegen nicht verschließen dürfen, daß hier der Gesetzgebung eine Aufgabe harrt, die nicht nur für den Mann von 50 Jahren, sondern für unser ganzes Volksleben von unermeßlicher Bedeutung ist. Wir sind in eine neue Wirtschaftsform, in den Großbetrieb, hineingewachsen. Ist er leistungsfähiger als der alte Kleinbetrieb — und darüber kann wohl kein Zweifel sein — so muß es auch möglich sein, den schädlichen Folgen, die er mit sich gebracht hat, zu begegnen. Und eine dieser Folgen ist, daß die Zahl der leitenden Stellungen, die ein älterer Mann mit besonderem Erfolge ausfüllen kann, geringer geworden ist. Es ist möglich, dem zu begegnen, dafür zu sorgen, daß auch der Mann mit grauem Haar noch mit Ehren in der Arbeit bestehen kann. Und fröhliche Greise werden in jedem Betriebe den Arbeitsgeist und den Arbeitserfolg steigern."

Digitized by Google

Sprechsaal.

Zur praktischen Anwendung des § 1510 RVO.

teilt uns Herr Bureauvorsteher Nawra, Berlin, folgende Bemerkungen mit:

Am 1. Januar 1913 sind nach der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 die Vorschriften des Dritten Buches und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Kraft getreten. Zur Durchführung gehören insbesondere auch die Vorschriften des Fünften Buches über die Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu den anderen Verpflichteten. Den letzteren sollen einige Ausführungen dienen. Gemäß § 1501 RVO. kann die Krankenkasse wegen ihres Anspruchs in den Grenzen der §§ 1502—1507 als Ersatz die Unfallentschädigung beanspruchen. Die Erstattung darf jedoch nach § 1506 Abs. 1 den halben Betrag der Rente nicht übersteigen. Durch § 1510 ist den Krankenkassen das Recht eingeräumt, in den Grenzen ihres Ersatzanspruchs, die von der Berufsgenossenschaft gewährte Unfallentschädigung auf die für die gleiche Zeit geschuldeten Kassenleistungen anzurechnen. Bringt nun die Berufsgenossenschaft z. B. mit Beginn der 14. Woche den Verletzten in eine Heilanstalt, so ist für den Umfang des Ersatzanspruchs dieser Unterhalt der Vollrente gleichzurechnen (§ 1506 Abs. 3). Falls jedoch die Berufsgenossenschaft die Feststellungen über den Arbeitsverdienst, nach welchem die Vollrente berechnet wird, mit dem Ablauf der 13. Woche noch nicht abgeschlossen hat, so fehlt der Krankenkasse die Grundlage für die Anrechnung der Genossenschaftsleistung auf die Kassenleistung; sie kann das von ihr zu zahlende Krankengeld nicht um die Unfallentschädigung bis zur halben Unfallrente kürzen, da ihr die Höhe der Vollrente unbekannt ist. Die Bestimmung des § 1510 wird deshalb oft keine oder nur begrenzte Anwendung finden können. Solange die Höhe der Vollrente nicht feststeht, wird der Ersatzanspruch der Krankenkasse auf die Bestimmungen der §§ 1502—1507 beschränkt bleiben müssen.

Bei einzelnen Krankenkassen wird nun beabsichtigt, um sich vor Schaden bzw. Ausfällen zu schützen, und so lange die Rente noch nicht festgesetzt ist, für diesen Fall vom Beginn der 14. Woche auf das Krankengeld in halber Höhe desselben die Unfallentschädigung anzurechnen. Sollte sich später herausstellen, daß entsprechend der Rente ein höherer Betrag gekürzt werden kann, so soll die bis dahin entstandene Differenz als Ersatz auf die ev. zu gewährende Unfallrente bei der Berufsgenossenschaft geltend gemacht oder gemäß § 223 RVO. aufgerechnet werden. Sofern die halbe Rente, auf den Tag umgerechnet, sich mit dem halben Krankengeld deckt, würde ein solches Verfahren wohl nicht zu beanstanden sein. Ist jedoch die halbe Vollrente eine so niedrige, daß das tägliche halbe Krankengeld diese übersteigt, so würde dies gegen die §§ 1506 und 1507 a. a. O. verstoßen.

Deshalb darf, solange die Höhe der Rente nicht feststeht, irgendwelche Anrechnung (§ 1510) nicht erfolgen. Die Krankenkassen sind lediglich auf die §§ 1501—1507 und ev. auf § 223 angewiesen.

Will man nach Ablauf der 13. Woche — ob Anstaltsbehandlung von der Berufsgenossenschaft angeordnet ist oder nicht — die Anrechnung vornehmen, so ist es unter allen Umständen erforderlich, vorher bei der Berufsgenossenschaft über die Höhe der zu gewährenden Rente, eine Auskunft einzuholen, und ev. um Festsetzung derselben zu ersuchen. Soweit durch die verzögerte Rentenfestsetzung für eine Zeit die Anrechnung nicht erfolgen konnte, ist der Anspruch auf Ersatz aus der etwa später zu zahlenden Rente bei der Berufsgenossenschaft anzumelden oder später aufzurechnen.

Die Krankenkassen können allerdings nach § 1511 durch ihre Satzung bestimmen, daß bei einer Krankheit, die infolge eines entschädigungspflichtigen Unfalls verursacht ist, für die Zeit, für welche eine Unfallrente oder Heilanstaltspflege gewährt wird, Krankengeld nur soweit zu gewähren ist, als es den Betrag der Unfallrente übersteigt; dabei wird der Unterhalt in der Heilanstalt der Vollrente gleichgerechnet. Durch eine solche Bestimmung würden die Krankenkassen gegenüber den sonstigen Bestimmungen über das Recht auf Ersatz für ihre Aufwendungen oder auf An- und Aufrechnung ganz erheblich besser abschneiden, jedoch muß auch hier die Feststellung der Höhe der Rente vorausgehen. Bekanntlich sind aber die Mustersatzungen noch nicht erschienen, so daß von der Bestimmung des § 1511 RVO. bis zur Ueberleitung in die neue Satzung kein Gebrauch gemacht werden kann.

Zur Frage der Verlängerung der Amtsdauer der Vertreter bei den Krankenkassen

erhalten wir mit Bezug auf unsere Auskunft in Nr. 1 S. 23 Ziff. 17 aus unserem Leserkreise eine Zuschrift, wonach auf eine Anfrage beim Reichskanzleramt ein telegraphischer Bescheid des Inhalts einlief: der Bundesratsbeschluß vom 8. November 1912 habe mit dem Tage der Verkündung im Zentralblatt, d. i. mit dem 15. November 1912, Gesetzeskraft erlangt.

Wir wissen nicht, worauf sich diese Auffassung stützt. Sie ist nicht statthafter und nicht unstatthafter, als die Veröffentlichung einer so wichtigen Verordnung im Zentralblatt für das Deutsche Reich überhaupt und als irgend eine andere Meinung über den Zeitpunkt der Gesetzeskraft. Da die Reichsverfassung die Veröffentlichung durch das Zentralblatt, als Form der Verkündung von Rechtsverordnungen, überhaupt nicht erwähnt, so kann man mit gleichem Rechte jede beliebige Meinung über den Zeitpunkt der Wirkung einer so verkündeten Verordnung aufstellen. Die Praxis wird natürlich sich nunmehr an die Auffassung des Reichskanzlers halten. Aber darauf muß doch noch einmal nachdrücklich hingewiesen werden, welche Verwirrung man dadurch gestiftet hat, daß man den die Krankenkassen betreffenden Beschluß nur im Zentralblatt, den die Berufsgenossenschaften betreffenden dagegen, gemäß der Reichsverfassung, im Reichsgesetzblatt veröffentlicht hat und daß man, wenn die Meinung die war, daß der Beschluß sofortige Geltung haben soll, dies nicht wenigstens im Beschlusse selbst ausgedrückt hat! Man vergleiche unsere Auskunft, dann die in Nr. 3 S. 71 mitgeteilte Äußerung des Mecklenburgischen Ministeriums, endlich den vorstehenden Bescheid aus dem Reichskanzleramt miteinander, um sich eine Vorstellung von dem Maße der entstandenen Rechtsunsicherheit zu machen, von der auch die zahlreichen Zuschriften an uns beredtes Zeugnis ablegen.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber der Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Elterliche Wohnung als Wohnort des erkrankten Versicherten und Erfüllungsort für die Kassenleistungen.

1. Nach Driesen. Antwort: Allerdings darf ein erkranktes Kassenmitglied die Verpflichtungen der Kasse nicht willkürlich dadurch erschweren, daß es ohne Zustimmung der Kasse den Kassenbezirk verläßt. In solchem Falle darf daher die Kasse der Regel nach die Bezahlung der Heilungskosten ablehnen. Im vorliegenden Fall aber ist zu beachten, daß es sich um einen in der fremden Stadt alleinstehenden, nicht nur noch einer ärztlichen Behandlung, sondern auch der Pflege bedürftigen jungen Mann handelt, dessen natürlicher Zufluchtsort in dieser Lage die Wohnung der Eltern war. Solange er arbeitete, war der Arbeitsort auch sein Wohnort; da er aber nicht arbeitsfähig war, muß man billigerweise die Wohnung seiner Eltern als seinen gegebenen Wohnort und folglich auch als den Erfüllungsort für die Verpflichtung der Krankenkasse ansehen (vgl. Urteil des Bayer. VGH. in Arb.-Versorgg. 1897 S. 153). Die Kasse hat daher grundlos abgelehnt, ihn gemäß § 57a KVG. der Kasse dieses Ortes zu überweisen und wird sich nicht weigern dürfen, ihm die Kosten zu erstatten, die dadurch entstanden, daß er sich gleichwohl zu seinen Eltern begeben und sich dort die Heilbehandlung selbst beschafft hat.

Vergütung für Heilbehandlung nach § 27 Abs. 3 KVG. für eine Wöchnerin.

2. Nach Lunzenau. Antwort: Eine Wöchnerin, die wegen regelwidrigen Verlaufs der Entbindung Arzthilfe in Anspruch nehmen muß, gilt als krank und hat daher Anspruch auf die Leistungen aus § 6 Ziff. 1 KVG. nicht für die Dauer der Wochengeldgewährung, sondern für die Dauer des Bedürfnisses bis zu 26 Wochen. An Stelle dieser Leistungen tritt unter den Voraussetzungen des § 27 Abs. 3 KVG. auf die gleiche Dauer das halbe Krankengeld für jeden Tag, für den sonst ein Anspruch auf ärztliche Behandlung oder Heilmittel bestehen würde. Dabei ist aber zu beachten, daß ärztliche Anordnungen oft gleich für eine Mehrheit von Tagen gegeben und ebenso Heilmittel gleich für längere Zeit verordnet werden. In Fällen dieser Art ist das halbe Krankengeld für jeden Tag dieses Zeitraums zu zahlen. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 193 RVO. S. 257, 258, unter Bezugnahme auf das Oberverwaltungsgericht in Arb.-Versorgg. 1904 S. 131.

Geburtshilfliche Leistungen des Arztes; besondere Vergütung nach dem Vertrage.

3. Nach Hameln. Antwort: Ihr Vertrag mit den Aerzten bestimmt, daß geburtshilfliche Leistungen bei nicht normal verlaufenen Entbindungen besonders vergütet werden, d. h. nicht durch die Pauschvergütung gedeckt sind. Geburtshilfliche Leistungen sind alle Bemühungen des Arztes, die sich auf den gesamten Vorgang vom Beginn der Wehen bis zum Austritt des Kindes und der Nachgeburt beziehen. Deshalb ist auch die bloße Entfernung der Nachgeburt ohne Entbindung eine geburtshilfliche Leistung, für die der Arzt den Mindestsatz der Taxe besonders verlangen kann (vgl. Nr. 148 der preuß Taxe). Daß dergleichen auch bei normalen Entbindungen vorkommt und daß dann die Wöchnerin keinen Anspruch auf Arzthilfe hat, ist ohne Belang in einem Falle, in welchem durch den anormalen Verlauf die Zuziehung des Arztes geboten war. Dagegen handelt es sich bei der Operation eines Dammrisses nicht mehr um geburtshilflichen Beistand, sondern um Heilbehandlung einer Folge der Geburt. Hierfür steht daher dem Arzte nach dem Vertrage die besondere Gebühr (Nr. 150 der Taxe) nicht zu.

Kein Erlöschen freiwilliger Kassenmitgliedschaft durch späteren Wegfall der Aufnahmebedingungen.

4. Nach Lausch. Antwort: Die gesetzliche Grundlage des letzten Absatzes des § 5 Ihres Statuts ist § 26a Abs. 2 Ziff. 5 KVG., wonach auch andere als die in den §§ 1 bis 3 genannte Personen, insbesondere also auch selbständige Gewerbtreibende, als Mitglieder aufgenommen werden können, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt. Das Nähere hat die Satzung zu bestimmen. Ihre Satzung stellt als weitere Voraussetzungen der Aufnahme auf: daß der Gewerbtreibende nicht regelmäßig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigt und daß er nicht über 45 Jahre alt ist. Es ist völlig klar, daß alle diese Voraussetzungen eben nur beim Beitritt gegeben sein müssen, daß also die nach Maßgabe der Satzung einmal mit Recht begründete Mitgliedschaft nicht dadurch erlischt, daß der Aufgenommene später die Altersgrenze überschreitet, oder mehr als zwei Arbeiter beschäftigt oder ein höheres Einkommen als 2000 M. erlangt. Eine Vorschrift, wie sie § 178 RVO. enthält, besteht bisher bekanntlich nicht. Der Standpunkt der Aerzte ist daher unhaltbar.

Gewerbszweig und Betriebsart. Zulassung besonderer Ortskrankenkassen.

5. Nach H. Antwort: „Gewerbszweig" bezieht sich auf den Gegenstand, „Betriebsart" auf Mittel und Form des Betriebes. Buchhandel, Buchbinderei usw. sind also Gewerbszweige. Fabrikbetrieb dagegen, im Gegensatz zum Handwerksbetrieb, bedeutet eine Betriebsart. (Näheres bei Hahn Anm. 2a zu § 16 KVG.) Es wird angenommen, daß gemeinsame Ortskrankenkassen nach § 16 Abs. 4 KVG. nur für mehrere Gewerbszweige „oder" Betriebsarten, also nicht für Gewerbszweige „und" Betriebsarten errichtet werden durften (vgl. preuß. Min.Erl. in Arb.-Versorgg. 1906 S. 98) und daß entsprechend auch nach § 239 RVO. Ortskrankenkassen, welche Gewerbszweige und Betriebsarten umfassen nicht zugelassen werden dürfen (preuß. Min.Erl. vom 4. November 1912, Arb.-Versorgg. 1912 S. 819 zu III 2) Danach würde Ihre Kasse nicht zuzulassen sein, weil sie für die Gewerbe der Buchbinder, Buchhändler usw, also für Gewerbszweige, zugleich aber für Musterkartenfabriken, Briefkuvertfabriken usw., also für Betriebsarten besteht.

Ersatz der Auslagen der Generalversammlungsvertreter.

6. Nach Minden. Antwort: Wir halten eine Satzungsvorschrift, wonach den in der Generalversammlung erschienenen auswärtigen Vertretern die baren Auslagen bis zu einem Höchstbetrage ersetzt werden sollen, nicht für unzulässig (vgl. für das ältere Recht: Arb.-Versorgg. 1887 S. 342). Allerdings fehlt es im Krankenversicherungsgesetz an einer entsprechenden Vorschrift für die Vertreter, wie sie für den Vorstand im § 34a Abs. 1

Digitized by Google

KVG. enthalten ist. Aber wenn der Bezirksausschuß daraus herleitet, es fehle an einer Grundlage für die Gewährung eines Auslagenersatzes, so kann man ebensowohl sagen, es fehle an einer Vorschrift, daß das Amt eines Vertreters (wie das Vorstandsamt) unentgeltlich und ohne Anspruch auf Auslagenersatz zu führen sei. Es liegt im wohlverstandenen Verwaltungsinteresse, den gewählten Vertretern die Teilnahme an der Generalversammlung nicht unbillig dadurch zu erschweren, daß man ihnen den Ersatz notwendiger Auslagen (Reisekosten) versagt. Die Aufwendungen dafür lassen sich daher sehr wohl unter den Gesichtspunkt zulässiger Verwaltungskosten bringen (§ 29 KVG.). Vgl. für die Zukunft § 21 RVO.).

Leistungspflicht der Kasse bei neuen Erkrankungen aus einheitlicher Ursache.

7. Nach Salwedel. Antwort: Der von der Versicherungsanstalt eingenommene Standpunkt ist der richtige. Die Auffassung der Krankenkasse, daß sie einem chronisch Kranken nur einmal für 26 Wochen und in einem späteren Unterstützungsfalle noch einmal für 13 Wochen Unterstützung zu gewähren habe, daß es dann aber „ein für allemal vorbei" sei, ist unhaltbar. Die jetzt kaum noch bestrittene Auslegung des § 26a Abs. 2 Ziff. 3 KVG. ist die, daß diese Bestimmung nur Anwendung findet auf einen Unterstützungsfall, der im Laufe der nächsten zwölf Monate, vom Ende der letzten Unterstützung gerechnet, eintritt (vgl. Entsch. des Hess. VGH. in Arb.-Versorgg. 1911 S. 160ff., wo weitere Entscheidungen und Literaturstellen nachgewiesen sind). Tritt also ein neuer Fall erst später ein, so ist die volle satzungsmäßige Unterstützung zu gewähren; tritt er innerhalb der zwölf Monate ein, so wird nur die beschränkte Leistung gewährt. Daß es „ein für allemal vorbei" sei, ist in jedem Fall unzutreffend, der sich überhaupt als ein „neuer" Krankheitsfall darstellt, weil in der Zwischenzeit weder Arbeitsunfähigkeit noch ein Heilbedürfnis vorlag.

Auflösung einer früheren eingeschriebenen Hilfskasse; Anfechtung. Verfügung über das Vermögen.

8. Nach A. Antwort: a) Die frühere eingeschriebene Hilfskasse unterstand seit dem 1. Juni 1912 dem Versicherungsaufsichtsgesetze (VAG.) vom 12 Mai 1901, und die Generalversammlung mußte daher mindestens vier Wochen vor ihrem Zusammentreten ausgeschrieben werden (§§ 2, 5 des Gesetzes betr. Aufhebung des Hilfskassengesetzes; Arb.-Versorgg. 1912 S. 19). Ist bei Fassung des Auflösungsbeschlusses hiergegen verstoßen worden, so konnten Mitglieder der Generalversammlung, welche gegen die Auflösung gestimmt hatten, Widerspruch gegen den Beschluß zu Protokoll erklären, und der Beschluß durfte dann von der Aufsichtsbehörde nicht genehmigt werden (§ 43 Abs. 1 und 2 VAG.). Ist die Genehmigung demnach erteilt worden, so steht den Versammlungsmitgliedern, welche Widerspruch zu Protokoll erklärt haben — sonst niemandem! — innerhalb eines Monats nach der Zustellung der genehmigenden Entscheidung Rekurs bei dem Aufsichtsamt für Privatversicherung in Berlin zu (§§ 74, 75 VAG.).

b) Die Ortskrankenkasse, der ein Teil der Mitglieder der aufgelösten Hilfskasse zufällt, hat keine gesetzliche Möglichkeit, einen Teil des Vermögens für sich in Anspruch zu nehmen. Es ist doch zu beachten, daß es sich um ein Privatunternehmen handelt, das über die Zuwendung seines Vermögens im Falle der Auflösung gemäß der Satzung zu verfügen hatte.

Totgeburt als Krankheit. Beweis der Arbeitsunfähigkeit durch Zeugnis der Hebamme.

9. Nach München-Gladbach. Antwort: Von einer Entbindung kann nicht die Rede sein, wenn die Frau nur von einer bereits im Mutterleibe abgestorbenen Frucht befreit worden ist. Sie hat also keinen Anspruch auf Wochengeld. Dagegen liegt im Hinblick auf den regelwidrigen Verlauf der Schwangerschaft zweifellos Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes vor, und da die Frau infolge davon unstreitig neun Tage hindurch erwerbsunfähig war, so hat sie für diese Zeit Anspruch auf das satzungsmäßige Krankengeld. Daß sie, weil sie einen Arzt nicht zu Rate gezogen hatte, ein ärztliches Zeugnis nicht beibringen kann, ist kein Versagungsgrund, wenn die Arbeitsunfähigkeit in anderer Weise, hier durch das Zeugnis der Hebamme, hinreichend erwiesen wird. Vgl. Hahn, Handbuch der Krankenversicherung S. 222 Anm. 6g zu § 182 RVO.

Entscheidung des Oberversicherungsamts bei Uneinigkeit beteiligter Verbände über Errichtung von Ortskrankenkassen.

10. Nach B. Antwort: Da die Stadtvertretung und die Kreisvertretung verschiedene Beschlüsse über die Errichtung allgemeiner Ortskrankenkassen für den Bezirk des Versicherungsamts gefaßt haben, so liegt der Fall des § 231 Abs. 2 RVO. vor, wonach das Oberversicherungsamt zu entscheiden hat. Nach dem Min.Erl vom 4. November 1912 Ziff. I 2 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 817) ist grundsätzlich dem Beschlusse des räumlich größeren Gemeindeverbandes entsprechend zu entscheiden. Die Entscheidung wird also voraussichtlich im Sinne des Kreistagsbeschlusses ergehen. Der Kasse würde eine Beschwerde hiergegen nicht zustehen. Ob sie für alle Fälle die Zulassung als besondere Ortskrankenkasse beantragt hat, können wir nicht ersehen. Es ist aber sehr wahrscheinlich, daß auch diesem Antrage nicht stattgegeben werden würde (vgl. den erwähnten Erlaß unter III 2c). Gegen diese Entscheidung hätte die Kasse allerdings das Recht der Beschwerde beim Minister (binnen einem Monat; Art. 20 Einf.Ges.). Bliebe auch diese erfolglos, dann würde die Kasse zu schließen und die Rechtsfolge des Ablaufs der Verträge nach § 302 RVO. unabwendbar sein.

Bemessung der Unfallrente landwirtschaftlicher Arbeiter nach dem Durchschnittsverdienst zur Zeit des Unfalls.

11. Nach Metz. Frage: Nach Art. 88 Einf.Ges. z. RVO. sind für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 1913 ereignet haben, die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung maßgebend, wenn am 1. Januar der Vorbescheid noch nicht erteilt worden ist. Nach § 936 ist durch das Oberversicherungsamt der durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst neu festzusetzen. Dies ist hier geschehen und zwar mit Inkraftsetzung ab 1. Januar 1913. Ist infolge des Art. 88 auch der neue (höhere) durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst für jene vor dem 1. Januar 1913 eingetretenen Unfälle zugrunde zu legen, da er für die Anspruchsstellenden günstiger ist, wie der bisherige? Diese Ansicht scheint uns Dr. Reißer, „Gewerbliche Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung" S. 215/216 für die Berechnung der Renten zu vertreten. Auch wir neigen zu dieser Auslegung.

Antwort: Ihre Auffassung ist irrig. Art. 88 Einf.Ges. hat auf die Frage keinen Bezug, da er nur das Feststellungsverfahren, nicht aber die Frage der Bemessung des Entschädigungsanspruchs betrifft. Hierfür gilt Art. 60 Einf.Ges., wonach allerdings auf die erste Feststellung die günstigeren Vorschriften des neuen Rechts anzuwenden sind. Allein um eine solche dem Berechtigten günstigere Vorschrift der Reichsversicherungsordnung handelt es sich hier nicht. § 936 besagt ausdrücklich, daß die Rente sich nach dem Jahresarbeitsverdienste richtet, den landwirtschaftliche Arbeiter zur Zeit des Unfalls erzielen. Eine spätere anderweite Festsetzung dieses durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes ist also grund-

Digitized by Google

sätzlich ohne Einfluß auf die Bemessung der Rente. Dies stimmt mit der Auffassung des bisherigen Rechts (§ 10 LUVG.) überein. Vgl. Handb. der Unfallversf. 3. Aufl. Bd. 2 Anm. 2 zu § 10 und Anm. 3 zu § 12 LUVG. Die Ausführung bei Neißer hat auf einen Fall dieser Art keinen Bezug.

Verzicht auf Kassenleistungen; Vererblichkeit.

12. Nach K. Es ist recht ungewöhnlich, daß eine Krankenkasse aus dem bloßen Umstande, daß ein Versicherter einen Anspruch nicht geltend gemacht hat, einen Verzicht glaubt herleiten zu dürfen. Das Gesetz gibt nicht den geringsten Anhalt für eine solche Auffassung. Wegen unterlassener Erhebung des Anspruchs kann dieser nur erlöschen mit Ablauf der Verjährungsfrist. Dies liegt hier nicht vor (§ 56 KVG.). Es kommt hinzu, daß selbst ein ausdrücklicher Verzicht, im Hinblick auf die Natur des öffentlich-rechtlichen Fürsorgeanspruchs, unwirksam wäre (Hahn, Anm. zu § 80 KVG. und Handb. der Krankenversf. S. 124 Anm. 7 zu § 139 RVO.). Der sonach dem Versicherten verbliebene Anspruch ist nach allgemeinen Grundsätzen auf seine Erben übergegangen. Die Vererblichkeit bereits entstandener sozialrechtlicher Fürsorgeansprüche ist — abgesehen von der Sondervorschrift für die Invalidenversicherung in § 1303 RVO. — ganz allgemein anerkannt (Hahn, Anm. 2a zu § 56 KVG. und Handb. der Krankenversf. S. 99 Anm. 1a zu § 119 RVO.).

Ersatzanspruch des Armenverbandes wegen Unterstützung eines Angehörigen des Mitgliedes.

13. Nach Düsseldorf. Antwort: Die Kasse gewährt nach dem Statut für die Angehörigen der Mitglieder freie ärztliche Behandlung und Arznei oder, wenn sie selbst die Einweisung in ein Krankenhaus verfügt hat, einen näher bestimmten Zuschuß zu den Kosten. Auf diesen Zuschuß hatte hiernach das Mitglied im vorliegenden Falle keinen Anspruch, weil die Unterbringung der Kindes in der Heilstätte (die einem Krankenhause gleichsteht) durch den Armenverband erfolgt ist. Aber dann blieb eben der in erster Linie vorgesehene Anspruch auf freie ärztliche Behandlung und Arznei bestehen, und dieser Anspruch ist es, der gemäß § 57 KVG. auf den Armenverband übergegangen ist. Er kann daher zwar nicht den in der Satzung vorgesehenen Zuschuß zu den Kosten der gesamten Anstaltspflege, wohl aber die speziell durch die ärztliche Behandlung und Arzneigewährung erwachsenen Kosten von der Kasse erstattet verlangen. Es genügt, daß er diese Kosten nach einer Durchschnittsberechnung nachweist. Vgl. Urteil des preuß. Oberverwaltungsgerichts in Arb.-Versorgg. 1912 S. 585.

Uebergang schwebender Unterstützungsverpflichtungen auf eine neue Betriebskrankenkasse.

14. Nach Mülhausen i. E. Antwort: Nur Personen, welche in dem Betriebe „beschäftigt werden", werden mit dem Inslebentreten der neu errichteten Betriebskrankenkasse nach § 63 KVG. sofort deren Mitglieder. Dabei ist unter Beschäftigung das Beschäftigungsverhältnis zum Arbeitgeber zu verstehen. Ist dieses aufrecht erhalten, so werden auch die bereits erwerbsunfähig Kranken Mitglieder der neuen Kasse, die daher die weitere Unterstützung zu übernehmen hat (vgl. z. B. Urteil des sächs. Oberverwaltungsgerichts in Arb.-Versorgg. 1909 S. 661). Ist dagegen das Beschäftigungsverhältnis gelöst — sei es wegen der Krankheit oder aus anderem Grunde — so ist § 63 Abs. 1 KVG. nicht anwendbar; der Erwerbsunfähige bleibt dann Mitglied der Ortskrankenkasse (§ 54a KVG.) und ist von dieser weiter zu unterstützen.

Ein Vorstandsmitglied kann die gesetzliche Verlängerung seiner Amtsdauer nicht ablehnen.

15. Nach Berlin. Antwort: Die Entscheidung der Aufsichtsbehörde ist begründet. Die Neuwahlen, die im Widerspruch mit der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 8. November 1912 erfolgt sind (Arb.-Versorgg 1912 S. 840), sind ungültig. Die bisherigen Mandate sind kraft gesetzlicher Vorschrift verlängert. Deshalb gilt für die weitere Amtsdauer alles, was bisher galt, also auch die im § 34a Abs. 2 vorgesehene Unzulässigkeit der Ablehnung. Sind aber triftige Gründe vorhanden, so können die beiden Vorstandsmitglieder auf ihr Ansuchen durch Beschluß der Generalversammlung ihres Amtes enthoben werden. Vgl. Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1892 S. 973: Hahn, 6. Aufl. Anm. 3d zu § 34a KVG.

a) Kein Krankengeld neben Wochengeld. b) Mehrfache Versicherungskarten bei mehrfachem Beschäftigungsverhältnisse.

16. Nach Barmstedt. Antwort: a) Das Wochengeld wird wegen der (vom Gesetz angenommenen) Erwerbsunfähigkeit der Wöchnerin gewährt. Solange sie Wochengeld bezieht, kann sie daher nicht wegen einer hinzutretenden Krankheit auch noch Krankengeld beanspruchen, da auch dieses doch nur aus dem gleichen Grunde der Erwerbsunfähigkeit zu gewähren ist. Der § 19 Ihres Statuts darf daher nicht dahin verstanden werden, daß daß Krankengeld noch neben dem Wochengelde zu zahlen ist (vgl. Arb.-Versorgg. 1907 S. 212; § 195 Abs. 3 RVO.), sondern nur dahin, daß die Wöchnerin bei eintretender Erkrankung Anspruch auf ärztliche Behandlung usw. und nach Ablauf der Wochenhilfe auch Anspruch auf das Krankengeld hat, sofern die Erwerbsunfähigkeit fortdauert. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenversicherung S. 263 Anm. 7 zu § 195 RVO.

b) Da der Versicherte unter Vorlegung einer neuen Aufnahmekarte stets eine neue Versicherungskarte verlangen kann (§ 190 AVG.; vgl. § 188), so besteht allerdings die gesetzliche Möglichkeit, daß ein Versicherter, der gleichzeitig in mehreren versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnissen steht, sich für jedes derselben eine besondere Karte beschafft. Nur sind auch dann bezüglich der Beitragsleistung, der Markenverwendung und des Umtausches die §§ 177, 187, 195 Abs. 2 zu beachten.

Versetzung eines Beamten während seiner Dienstunfähigkeit bewirkt Wechsel der Kassenzugehörigkeit.

17. Nach E. Antwort: Die Telegraphengehilfin ist zunächst ungeachtet ihrer Dienstunfähigkeit Mitglied der Postkrankenkasse in H. geblieben (§ 54a KVG.). Abgesehen hiervon blieb aber auch ihr Beschäftigungsverhältnis im Postdienst, trotz der Unterbrechung der wirklichen Arbeitsleistung und obwohl sie inzwischen Tagegelder nicht erhält, als ein Lohnarbeitsverhältnis fortbestehen. Dies nämlich ist dann anzunehmen, wenn alsbald nach der Unterbrechung wieder eine Lohnzahlung erfolgt, die dem Versicherten die Erfüllung seiner Beitragspflicht auch für die Zwischenzeit ermöglicht (vgl. die Entscheidungen in Arb.-Versorgg. 1900 S. 646 und 1907 S. 527), und dies trifft im vorliegenden Falle, trotz der etwa dreimonatigen Dauer der Dienstunfähigkeit, deshalb zu, weil für diese Zeit Beiträge gemäß § 54a KVG. überhaupt nicht zu entrichten sind. Es liegen also die Voraussetzungen fortdauernder Versicherungspflicht vor. Folglich trat mit der vom 1. Januar 1913 ab wirkenden Versetzung in den Bezirk der Postkrankenkasse E. ein Wechsel des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses ein und es vollzog sich kraft Gesetzes (§ 63 KVG.) sofort der Uebergang des Mitgliedes zur

Digitized by Google

Postkrankenkasse E., die daher nach der herrschenden Rechtsprechung auch die weiteren Leistungen aus Anlaß des vorher eingetretenen Versicherungsfalles zu gewähren hat.

Massage als ärztliche Behandlung. Ersatzpflicht eines Turnvereins gegenüber der Krankenkasse.

18. **Nach Br.** Antwort: Zunächst kann, je nach Umständen, das Massieren auch zur ärztlichen Behandlung und folglich zu den von der Kasse voll zu bezahlenden Leistungen gehören, wenn es nämlich auf Anordnung und nach Anweisung des Arztes ausgeführt wird (vgl. Arb.-Versorgg. 1903 S. 178). Vor allem aber ist nicht zu erkennen, woraus die Kasse eine Rechtspflicht des Turnvereins, ihr den für die Massage bezahlten Betrag zu erstatten, herleitet. Daß das Mitglied sich die Verletzung beim Turnen zugezogen hat, begründet für sich allein eine solche Pflicht nicht.

a) Anspruch auf Krankengeld ruht nicht während Aufenthalts im Auslande. b) Die ersuchte Kasse kann nicht Ersatz fordern für Tage, an denen sie Leistungen nicht gewährt hat (§ 57a KVG.).

19. **Nach Gevelsberg.** Antwort: a) Wenn der erkrankte Versicherte sich ohne Zustimmung des Kassenvorstandes ins Ausland begeben hat, büßt er allerdings seinen Anspruch auf ärztliche Behandlung und Heilmittel, nicht aber auf Krankengeld ein. Anders erst künftig nach § 216 Ziff. 2 RVO.

b) Die ersuchte Kasse kann die Pauschalvergütung in Höhe des halben Krankengeldes aus § 57a KVG. nur für die Tage fordern, an denen sie die Leistungen aus § 6 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. gewährt hat, also nicht für die Zeit, in der das Heilverfahren von der Versicherungsanstalt gewährt worden ist.

Krankenversicherungspflicht der Mitglieder eines Stadtorchesters.

20. **Nach H.** Antwort: Da das Orchester nach Ihrer Darstellung zweifellos einem höheren Kunstinteresse dient, fällt es allerdings nicht als Gewerbebetrieb unter die gesetzliche Versicherungspflicht aus § 1 KVG. Dagegen stellt es ebenso zweifellos einen Kommunalbetrieb dar, da es von der Stadtgemeinde unterhalten wird. Deshalb sind die Mitglieder, wenn für Ihren Bezirk von § 2 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. Gebrauch gemacht ist, versicherungspflichtig, und zwar ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Einkommens und auf ihre etwaige Ruhegehaltsberechtigung, da § 2b KVG. nicht zutrifft. Denn es ist nicht richtig, daß sie „Beamte" der Stadt sind, da sie doch nicht in dem öffentlich-rechtlichen Verwaltungsdienste der Stadtgemeinde, sondern nur in einem von dieser unterhaltenen Betriebe tätig sind.

Befreiung nach § 3a Abs. 1 Ziff. 2 KVG.

21. **Nach Tegel.** Antwort: Die Gesellschaft hat keine Krankenkasse errichtet, sondern nur Satzungen aufgestellt, wonach sie gewissen ihrer Angestellten solche Leistungen gewährt, auf Grund deren die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach § 3a Abs. 1 Ziff. 2 KVG. nachgesucht werden kann. Die in Tegel beschäftigten Angestellten gehören aber nach § 1 der Satzungen nicht zu denen, welchen jene Leistungen zugesichert sind. Bezüglich ihrer müßte daher die Voraussetzung der Befreiung erst besonders nachgewiesen und ein Antrag nach § 3a KVG. gestellt werden. Geschieht dies, so kann die Kasse die Anmeldung solcher Personen, die vertragsmäßig keinen Anspruch auf jene Leistungen haben, nicht deshalb zurückweisen, weil die Gesellschaft nicht auch die anderen (die befreiten) Angestellten anmeldet.

a) Verspätete Krankmeldung ohne Einfluß auf die Leistungspflicht der Kasse. b) Vergütung für freiwillig übernommene Geschäfte der Invalidenversicherung.

22. **Nach Heringen.** Antwort: a) Daß das Mitglied sich erst nach seinem Austritt aus der Beschäftigung krankgemeldet hat, ist für die Unterstützungspflicht der Kasse ohne Bedeutung. Da es noch als Mitglied erkrankt und arbeitsunfähig geworden ist, ist nicht § 28 KVG. anwendbar, sondern es hat vollen Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen. Die Kasse kann nur, je nach den bei ihr geltenden Vorschriften, eine Strafe wegen verspäteter Krankmeldung festsetzen und vom Krankengeld abziehen.

b) Wir können aus Ihren Angaben nicht entnehmen, daß Ihre Kasse die Beitragseinziehung sowie die Ausstellung und den Umtausch der Quittungskarten auf Grund einer Anordnung nach §§ 1447, 1455 RVO. besorgt. Hat sie diese Geschäfte freiwillig übernommen, so hat sie keinen Anspruch auf Vergütung (§ 1456 Abs. 2).

Gehaltszulage ist ohne Einfluß auf die Versicherungspflicht für die Vergangenheit.

23. **Nach Spandau.** Antwort: Eine mit Rückwirkung auf einen früheren Zeitpunkt bewilligte Gehaltszulage, durch welche der Verdienst auf mehr als 2000 M. erhöht wird, kann nicht auch rückwirkend die Versicherungspflicht schon von jenem früheren Zeitpunkt ab aufheben. Die bereits gezahlten Beiträge und entsprechend auch die bereits gewährten Kassenleistungen können daher nicht zurückgefordert werden. Vgl. Hahn in Arb.-Versorgg. 1907 S. 655.

a) Aerztliche Behandlung im Krankenhause im Unterschied von Krankenhauspflege. b) Verwahrung von Sparkassenbüchern.

24. **Nach Schwelm.** Antwort: a) Wenn die Satzung für Familienangehörige freie ärztliche Behandlung vorsieht, aber „Krankenhauskuren" ausschließt, so darf das unseres Erachtens nur auf die Krankenhauspflege im Sinne des § 7 KVG. bezogen werden, die eine andere und umfassendere Leistung ist, als ärztliche Behandlung. Wenn aber eine Operation an einem Kinde zwar im Krankenhause vorgenommen wird, nicht aber die Aufnahme des Kindes in das Krankenhaus notwendig macht, so ist das nichts anderes als ärztliche Behandlung, für die also die Krankenkasse aufzukommen hat. Der Raum, in dem die Behandlung stattfindet, kann keinen Unterschied machen.

b) Wenn nicht gemäß § 40 Abs. 2 KVG. die Aufsichtsbehörde etwas anderes anordnet, ist es lediglich Sache des Kassenvorstandes, dem überhaupt die Kassenverwaltung obliegt (§ 35 Abs. 1), für die Verwahrung der Sparkassenbücher zu sorgen. Der Rendant hat selbstverständlich keinen Anspruch darauf, daß die Verwahrung ihm überlassen werde.

Für die Redaktion verantwortlich: Dr. J. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **R. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel (in Vertretung).

XXX. Jahrgang. **11. Februar 1913.**

Redaktion: Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.	**Nr. 5.**	**Verlag und Expedition:** Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Am 6. Februar d. J. erlag seinen still und standhaft getragenen Leiden

Herr Dr. Innocenz Troschel

in Berlin-Lichterfelde, seit mehr als 17 Jahren Mitarbeiter, seit 7 Jahren Herausgeber der Arbeiter-Versorgung.

Mit reichem Wissen und weitschauendem Blick hat er sich in den Dienst der Zeitschrift gestellt und ihr vor allem das gewidmet, ohne das ein ernstes sittliches Werk nicht gedeihen kann: warmherzige Teilnahme und freudige Hingabe. Sein Wirken war wirklicher „Dienst", war stille, schlichte, sachliche, völlig anspruchlose Arbeit. Das Vertrauen, das er sich durch seine nie versagende, unparteiische Rat- und Dienstbereitschaft erworben hatte, erfüllten ihn mit Befriedigung, und in der langen Leidenszeit empfand er als Lichtblicke und Trost die Stunden, die er seiner Krankheit abringen und seinem Werke widmen konnte.

Ehre seinem Andenken!

Digitized by Google

Die Ausgestaltung von Ortskrankenkassen nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO.

(Aus dem Manuskript zum zweiten Bande des Handbuchs der Krankenversicherung.)

Von Amtsgerichtsrat **Hahn** in Zehlendorf (Berlin).

Art. 15 Einf.Ges. zur RVO. lautet:

> Hat ein Bezirk, für den nach der Reichsversicherungsordnung eine Ortskrankenkasse zu errichten sein würde, bereits eine gemeinsame Ortskrankenkasse (§ 16 Abs. 4, § 43 des Krankenversicherungsgesetzes), deren Mitgliederkreis alle nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtigen des Bezirkes umfaßt, so kann diese für ihn zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet werden.
>
> Umfaßt der Mitgliederkreis einer gemeinsamen Ortskrankenkasse bereits einen großen Teil der nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtigen des Bezirks, so kann mit Genehmigung des Oberversicherungsamts diese Kasse zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet werden.
>
> Der Mitgliederkreis solcher Kassen wird dabei auf alle Versicherten erstreckt, welche die Reichsversicherungsordnung den Ortskrankenkassen zuweist.

1. **Zu Abs. 1:**

a) Unter „gemeinsamen" Ortskrankenkassen sind hier, wie im Abs. 2, solche zu verstehen, welche, sei es nach § 16 KVG. für den Bezirk einer Gemeinde oder nach § 43 KVG. für den Bezirk mehrerer Gemeinden oder eines weiteren Kommunalverbandes, gemeinsam für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten errichtet sind. Von diesen Kassen hebt Abs. 1 diejenigen heraus, welche für ihren Bezirk alle Gewerbszweige und Betriebsarten, mithin alle bisher Versicherungspflichtigen umfassen. Auch diese Kassen sind im Sinne der Reichsversicherungsordnung nur „besondere Ortskrankenkassen" (s. hierüber Anm. 1a zu § 239 RVO. Bd. 1 S. 332); sie können aber zu allgemeinen ausgestaltet werden. Die Begründung (S. 27 zu Art. 16 Entw.) bemerkt: „Die Art. 16 bis 25 [jetzt 15 bis 25] befassen sich mit der Zulassung bestehender Krankenkassen ... Wo bereits eine gemeinsame Ortskrankenkasse für den Bezirk vorhanden ist ..., besteht kein Bedürfnis für die Errichtung einer neuen allgemeinen Ortskrankenkasse. Die vorhandene Kasse kann an ihre Stelle treten, sofern sie sich entsprechend ausgestaltet und insbesondere binnen sechs Monaten (Art. 21) ihre Satzung mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Einklang bringt. Tut sie es nicht, so wird sie nach Art. 21 geschlossen und an ihrer Stelle eine allgemeine Ortskrankenkasse neu errichtet. Das ‚Ausgestalten' ist hierbei dahin verstanden, daß es alle etwa erforderlichen Aenderungen umfaßt, also z. B. bei einer gemeinsamen Ortskrankenkasse für mehrere Bezirke die Abtrennung eines oder mehrerer Bezirke und die Erweiterung des Restes zur allgemeinen Ortskrankenkasse."

b) Diese Bemerkungen sind nichts weniger als klar. Daß eine Kasse der erwähnten umfassenden Art geschlossen werden muß, wenn sie sich nicht entsprechend ausgestaltet, ist unrichtig. Die Folge kann nur sein, daß in diesem Falle eine allgemeine Ortskrankenkasse nach der Regel des § 231 RVO. errichtet werden muß; aber neben dieser kann dann die bisherige Kasse als besondere Ortskrankenkasse nach § 239 fortbestehen, wenn sie den Anforderungen der §§ 240 ff. genügt und rechtzeitig ihre Zulassung gemäß Art. 17 ff. Einf.Ges. beantragt hat. Unter diesen Voraussetzungen muß ihrem Zulassungsantrage entsprochen werden. Daraus folgt unmittelbar auch, daß die Kasse nicht wider ihren Willen zur allgemeinen ausgestaltet werden kann, so z. B. wenn sie widerstrebt, weil sie ihr beträchtliches Vermögen nicht mit den durch die Ausgestaltung hinzukommenden Personengruppen teilen möchte (anders Spielhagen im Zentr.Bl. 1912 S. 10, Treutlein in Arb.-Versorgg. 29 S. 715 ff.; dagegen Hahn in Arb.-Versorgg. 29 S. 674, 738). Völlig unklar läßt das Gesetz, von wem und wie die Ausgestaltung zu bewirken ist. Die Bemerkung der Begründung, daß die Kasse an die Stelle einer neuen allgemeinen Ortskrankenkasse treten kann, „sofern sie sich entsprechend ausgestaltet" usw., besagt nicht viel und weicht auch ab von der Fassung des Gesetzes, wonach die Kasse ausgestaltet werden kann, was doch mindestens auf die Mitwirkung noch anderer Faktoren als nur der

Digitized by Google

Kasse hinweist. Hoffmann (Anm. 4) nimmt an, daß es der Kasse, abweichend von den Grundsätzen des Krankenversicherungsgesetzes, gestattet sein soll, durch Aenderung ihrer Satzung ihren Mitgliederkreis auszudehnen, nämlich auf alle nach der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtigen Personen, soweit sie nicht einer Landkrankenkasse (§ 235) angehören müssen; alsdann habe sie den Antrag auf Zulassung nach Art. 17 ff. zu stellen, und diesem Antrage könne nur entsprochen werden, wenn inzwischen eine allgemeine Ortskrankenkasse nach § 231 nicht errichtet worden ist. Das ist verkehrt, da die Art. 17 ff. sich ausdrücklich nur auf Kassen beziehen, die als besondere Ortskrankenkassen (oder als Betriebs- oder Innungskrankenkassen) fortbestehen wollen. Das ist das direkte Gegenteil von dem, was eine Kasse will, die ihre Ausgestaltung zur allgemeinen Ortskrankenkasse erstrebt. Demgemäß sieht sich denn auch Hoffmann genötigt, alsbald hinzuzufügen: „Die im § 240 aufgestellten Vorbedingungen für die Zulassung können naturgemäß nicht erfüllt werden, da es sich nicht um eine besondere Ortskrankenkasse handelt." Danach ist es auffällig, daß nicht die volle Konsequenz gezogen wird: die Art. 17 ff. sind unanwendbar, da es sich nicht um eine besondere Ortskrankenkasse handelt. In Anm. 7 entschlüpft Hoffmann ein mit seiner Grundauffassung unverträgliches Zugeständnis: „Das Rechtsmittel des Art. 20 findet, da es sich nicht um eine Zulassung handelt, keine Anwendung." Es bleibt völlig unverständlich, warum das nur für Art. 20 und nicht für Art. 17 ff. überhaupt gelten soll. Der preußische Ministerialerlaß vom 4. November 1912 (Hand.Min.Bl. S. 539, Arb.-Versorgg. 29 S. 817) folgt indessen durchaus den Spuren Hoffmanns und bemerkt unter II 2: „Ausgestaltet werden dürfen nur Ortskrankenkassen, die nach den §§ 239 ff. als besondere Ortskrankenkassen zugelassen werden können. Kassen, die ausgestaltet werden wollen, haben daher bis zum 31. Dezember 1912 (Art. 6 V. v. 5. Juli d. J., RGBl. S. 439) den Antrag auf Zulassung mit dem Zusatze zu stellen, daß sie sich gemäß Art. 15 Einf.Ges. zur allgemeinen Ortskrankenkasse auszugestalten beabsichtigen. Bei Prüfung der Zulassungsfähigkeit ist § 240 Nr. 2 und 3 nicht anzuwenden." Das ist ein Spiel mit Worten und eine direkte Verkehrung der Absichten des Gesetzes und der Beteiligten. Die Kasse soll und will nicht nach §§ 239 ff. RVO. und Art. 17 ff. Einf.Ges. zugelassen werden, und es wird ausdrücklich anerkannt, daß die materiellen Voraussetzungen der Zulassung für das, was sie erstrebt, nicht passen und nicht anwendbar sind. Gleichwohl soll ihr Antrag formell so gestellt und behandelt werden, als ob sie wollte, was sie nicht will! Und die praktische Folge dieser unpraktischen und unbegründeten Auffassung wäre insbesondere die, daß es unstatthaft wäre, eine Kasse, die jenen Antrag nicht bis Ende 1912 gestellt hat, zur allgemeinen Ortskrankenkasse auszugestalten — während man doch wohl meinen sollte, daß, solange nicht eine allgemeine Ortskrankenkasse gemäß § 231 errichtet ist, es dem Gemeindeverbande, dem die Errichtung obliegt, jederzeit noch unbenommen sein müßte, sich mit einer geeigneten bestehenden Ortskrankenkasse, die innerhalb jener Frist nur ihre Zulassung als besondere Ortskrankenkasse nachgesucht hat, in Verbindung zu setzen, um sie zur allgemeinen Ortskrankenkasse auszugestalten und auf diese Weise eine vorhandene bewährte Einrichtung zu erhalten und für die erweiterten Zwecke des neuen Rechts nutzbar zu machen. (Vgl. auch Seelmann, Versicherungsbote 1912 S. 241 ff.)

c) Richtig ist, daß Art. 15 ein Torso, eine lex imperfecta ist. Das kann aber nicht rechtfertigen, das mangelhafte Gesetz in Verfahrensvorschriften hineinzuzwängen, die auf ganz andere Voraussetzungen zugeschnitten sind. Man muß das Gesetz so erklären und ausführen, wie es seinem Zwecke und dem Zusammenhange mit anderen Normen entspricht. Die Errichtung allgemeiner Ortskrankenkassen ist in erster Linie Sache des Gemeindeverbandes (§ 231). Wird eine allgemeine Ortskrankenkasse nicht rechtzeitig errichtet, so ordnet das Oberversicherungsamt die Errichtung an (§ 232). Das Recht der Gemeindeverbände, solche Kassen zu errichten, geht den Bestrebungen bestehender Kassen auf Ausgestaltung vor (vgl. preuß. Min.Erl. v. 8. Mai 1912, Hand.M.Bl. S. 264, Arb.-Versorgg. 29 S. 371, 372). Ein Antrag, in Abs. 1 und 2 des Art. 15, das „kann" durch die Worte „muß auf Antrag" zu ersetzen, wurde im Hinblick auf die in jedem

Digitized by Google

Einzelfalle zu berücksichtigenden besonderen Umstände abgelehnt (Komm.Ber. S. 17). Daraus folgt, daß die Ausgestaltung nur erfolgen kann, wenn der Gemeindeverband zugunsten derselben von der Errichtung einer neuen Kasse absehen will und das Oberversicherungsamt nicht etwa gemäß § 232 auf der Errichtung besteht, weil es nach den besonderen Verhältnissen die in Frage kommende Kasse zur Ausgestaltung für ungeeignet erachtet. Insofern ist auch im Falle des Art. 15 Abs. 1 erforderlich, daß das Oberversicherungsamt zustimmt oder doch wenigstens nicht widerspricht — was man wohl übersehen hat, als man nur in Abs. 2 die „Genehmigung" ausdrücklich erforderte.

Danach stellt sich das Ausgestaltungsverfahren etwa so: Die Anregung kann von der Kasse oder dem Gemeindeverbande ausgehen. Es bedarf dann übereinstimmender Beschlüsse, die zu fassen sind: für den Verband von demjenigen Organe, das über die Errichtung von Kassen zu beschließen hat (in Preußen der Kreistag, bzw. die städtischen Körperschaften, in Landgemeinden die Gemeindeversammlung oder -Vertretung, Bekanntm. als Anl. zum Min.Erl. vom 4. November 1912, Hand.M.Bl. S. 447 Arb.-Versorgg. 29 S. 822) und für die Krankenkasse von der Generalversammlung, da die Ausgestaltung schon nach Abs. 3 eine Satzungsänderung bedingt, über die nur die Generalversammlung zu befinden hat (§ 36 KVG.). Der Gemeindeverband kann sein Einverständnis auch von Bedingungen hinsichtlich des übrigen Inhalts der Satzung abhängig machen, z. B. hinsichtlich der Bemessung der Leistungen und Beiträge oder hinsichtlich der inneren Organisation oder des Arztsystems usw. Die im Art. 21 vorgesehene Antrags- und Ausschlußfrist gilt für das Ausgestaltungsgesuch nicht. Eine Kasse, die in dieser Frist nur ihre Zulassung als besondere Ortskrankenkasse beantragt hat, kann auch nachher noch ihre Bereitwilligkeit oder ihren Wunsch, zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet zu werden, rechtswirksam kundgeben. Aber für den Gemeindeverband ergeben sich, da die Ausgestaltung an die Stelle der Errichtung einer neuen Kasse treten soll, Fristen aus §§ 232, 233 RVO.: In Preußen hat nach dem erwähnten Erlasse vom 4. November 1912 Ziff. I 3 das Oberversicherungsamt die Gemeindeverbände aufzufordern, ihm durch Vermittlung des Versicherungsamts die Beschlüsse über die Errichtung der Kassen bis zum 1. Februar 1913 einzureichen; wird dem nicht entsprochen, so hat das Oberversicherungsamt die Errichtung bis zum 1. April 1913 anzuordnen und, wenn auch dieser Anordnung, nach erlangter Rechtskraft, nicht genügt wird, die Kasse selbst zu errichten. Der hier bezeichneten Aufforderung kann der Gemeindeverband bis zum 1. Februar durch einen Ausgestaltungsbeschluß oder weiterhin der Anordnuug bis zum 1. April durch die Ausgestaltung der Kasse genügen, wenn nicht das Oberversicherungsamt auf der Errichtung einer neuen Kasse besteht (§ 232); und ebenso kann, nach fruchtlosem Ablaufe der Frist zum 1. April das Oberversicherungsamt selbst, an Stelle des Gemeindeverbandes, dem Ausgestaltungsbegehren der Kasse entsprechen, statt eine neue zu errichten (§ 233 Abs. 2). Wenn dagegen das Oberversicherungsamt auf der Errichtung einer neuen Kasse besteht und somit die Ausgestaltung vereitelt, so steht die in Monatsfrist zu erhebende Rechtsbeschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde nach § 233 Abs. 1, § 128 nur dem Gemeindeverbande zu; aber es ist nicht ausgeschlossen, daß auch auf Anrufen der Kasse die oberste Verwaltungsbehörde im Aufsichtswege einschreitet (§ 79) und das Oberversicherungsamt anweist, die Ausgestaltung statt der Errichtung gelten zu lassen. Die Ausgestaltung erfolgt durch Errichtung einer neuen, d. i. Abänderung der geltenden Satzung nach § 36 KVG.; die Genehmigung der Satzung aber ist nicht Sache der bisher zuständigen Behörde, sondern des Oberversicherungsamts (§ 324 RVO.; Hahn in Arb.-Versorgg. 29 S. 532 Anm. 1, preuß. Min.Erl. vom 4. November 1912 Ziff. II 1). Wird diese Genehmigung versagt, so findet Beschwerde an das Reichs- oder Landesversicherungsamt nach §§ 1793 ff., 128 ff. statt (Anm. 2 f. zu § 324); vgl. hiermit Anm. 2 c.

d) Für jeden Bezirk, für den nach §§ 226 ff. eine allgemeine Ortskrankenkasse errichtet werden kann, kann statt dessen nach Art. 15 eine bestehende Kasse ausgestaltet werden. Es ist auch zulässig, eine für einen Teil des Gemeindebezirks bestehende Kasse

Digitized by Google

für eben diesen Teilbezirk zur allgemeinen Ortskrankenkasse auszugestalten, wenn nicht die Gemeinde für ihren ganzen Bezirk eine solche Kasse errichtet (Hoffmann Anm. 4 Abs. 2). Der Fall kommt häufig vor bei Vorortskassen, die für einen ehemals selbständigen Gemeindebezirk errichtet sind und nach der Eingemeindung dieses Bezirks in eine größere Gemeinde unverändert fortbestehen (vgl. Kommenar z. KVG. 6. Aufl. Anm. 1 zu § 16). Eine über den Bezirk des Versicherungsamts hinausreichende Kasse kann entweder nach § 226 Abs. 3 mit Zulassung der obersten Verwaltungsbehörde für ihren bisherigen Bezirk bestehen bleiben und ausgestaltet werden oder es kann der über den Bezirk hinausragende Teil abgetrennt und nur der Rest zur allgemeinen Ortskrankenkasse erweitert werden (vgl. Begr. oben unter a); dies hat im Wege der Ausscheidung nach § 298 Abs. 1 Ziff. 3 zu geschehen (vgl. Anm. 3 zu § 226; Art. 1 Verordnung vom 5. Juli 1912). Inwieweit umgekehrt eine bestehende Kasse zum Zweck ihrer Ausgestaltung über ihren bisherigen Bezirk hinaus erstreckt werden kann, darüber s. Anm. 2 b.

2. **Zu Absatz 2:**

a) In Ergänzung des Abs. 1, der sich auf eine alle Versicherungspflichtigen umfassende Kasse bezieht, gestattet Abs. 2 die Ausgestaltung mit Genehmigung des Oberversicherungsamts auch schon dann, wenn die gemeinsame Ortskrankenkasse auch nur „einen großen Teil" der bisher Ortskassenpflichtigen umfaßt Der Entwurf (Art. 16) enthielt statt dessen die Worte: „die Mehrheit aller". Die Aenderung beruht auf einem Beschlusse der Kommission und hat die Bedeutung, daß es genügt, wenn die für die Umgestaltung auszuwählende Kasse eine verhältnismäßig große ist; für die Bevorzugung dieser Kasse vor anderen gleichgroßen oder vielleicht größeren kann etwa bestimmend sein, daß sie die bessere Verwaltung hat oder bessere Leistungen bietet; der Antrag auf Umgestaltung kann von jeder Kasse gestellt werden (vgl. Komm.Ber. S. 15). Die Begründung enthält die Bemerkung, es werde vielfach das einfachste sein, bei der Ausgestaltung der großen Kasse die kleinen eingehen zu lassen oder mit ihr zu verschmelzen (S. 27). Das wurde in der Kommission bemängelt, insofern es den Anschein erwecke, als ob die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die weitere Zulassung besonderer Krankenkassen (Entw. §§ 249 ff.; jetzt §§ 239 ff.) ausgeschaltet sein sollten. Diese Auffassung der Bemerkung war schon nach der Fassung des Entwurfs nicht gerechtfertigt und ist vollends hinfällig nach dem Gang und Inhalt der Kommissionsverhandlungen. Wie schon von anderer Seite, so wurde besonders auch von einem Kommissar des Bundesrats ausdrücklich festgestellt: Es handle sich im Art. 16 Abs. 2 des Entwurfs (jetzt Art. 15 Abs. 2) keineswegs um die Schaffung neuer Konzentrationsmöglichkeiten, sondern nur um eine einfachere Art der Durchführung der Reichsversicherungsordnung. Nach ihr müsse regelmäßig für jeden Bezirk eines Versicherungsamts eine allgemeine Ortskrankenkasse errichtet werden. Der Art. 16 (jetzt 15) schaffe hierfür nur die Erleichterung, daß da, wo bereits eine gemeinsame Ortskrankenkasse bestehe, diese unter gewissen Voraussetzungen an die Stelle der zu errichtenden treten könne. In welchem Umfang aber die übrigen Kassen in jener aufgehen müßten, bestimme sich ausschließlich nach der Reichsversicherungsordnung, insbesondere bedeute die Vorschrift keine Einschränkung der Bestimmungen über die weitere Zulassung einer besonderen Ortskrankenkasse (§§ 239 ff.). „Diese Auffassung wurde von der Kommission einstimmig als zu treffend gebilligt" (Ber. S. 17). Demnach muß auch Abs. 3 mit entsprechender Einschränkung verstanden werden (Anm. 3). Die Anträge anderer Kassen auf Zulassung als besondere Ortskrankenkassen neben der zur allgemeinen Ortskrankenkasse auszugestaltenden sind ausschließlich unter den Gesichtspunkten der §§ 240 ff. RVO. und Art. 17 ff. Einf.Ges. zu prüfen; sie können insbesondere im Hinblick auf die auszugestaltende Kasse nur zurückgewiesen werden, wenn und insoweit sie deren Bestand oder Leistungsfähigkeit gefährden würden (§ 240 Ziff. 2, § 242).

b) Abs. 2 setzt voraus, daß die Kasse bereits einen großen Teil der Versicherungspflichtigen „des Bezirks" umfaßt, d. h. desjenigen Bezirks, für den eine allgemeine Ortskrankenkasse errichtet oder durch die Ausgestaltung geschaffen werden soll (§ 226). Dabei ist gewiß nur an eine Kasse gedacht, die zwar für diesen ganzen Bezirk, aber

Digitized by Google

nicht für alle Versicherungspflichtigen besteht. Der Wortlaut gestattet jedoch eine weitergehende Auslegung, nämlich die Beziehung des Abs. 2 auch auf den Fall, daß eine Kasse nur für einen großen Teil des Bezirks, für den eine allgemeine Ortskrankenkasse zu schaffen ist, besteht und daß sie eben deshalb zwar nicht alle, aber doch einen großen Teil der Versicherungspflichtigen des Bezirks umfaßt. Der Fall kommt nicht selten vor: Im Bezirk einer Gemeinde besteht eine große, zur Ausgestaltung wohl geeignete Ortskrankenkasse, welche alle oder doch sehr viele der bisher versicherungspflichtigen Gewerbszweige oder Betriebsarten umfaßt, jedoch nur für den Bezirk der Altgemeinde, während für einen oder mehrere später eingemeindete Vororte besondere Ortskrankenkassen bestehen. Hier entsteht die Frage, ob jene für die Altgemeinde bestehende Kasse bei ihrer Ausgestaltung zur allgemeinen Ortskrankenkasse auf die Vororte mit erstreckt werden kann. Die Fassung des Abs. 2 gestattet, wie erwähnt, die Bejahung der Frage, und ein innerer Grund, sie zu verneinen, liegt nicht vor. Daß dem Gesetzgeber ein solcher Fall nicht vorgeschwebt haben mag, genügt nicht zur Annahme, daß er die Anwendung des Abs. 2 auf diesen Fall habe ausschließen wollen. Der Gemeindeverband könnte nach dem Gesetze für seinen ganzen Bezirk eine einzige allgemeine Ortskrankenkasse neu errichten; das Gesetz gibt aber die Möglichkeit, statt dessen eine schon vorhandene bewährte Einrichtung auszubauen. Es ist nicht einzusehen, weshalb die Absicht, auf diesem einfacheren und verständigen Wege eine große, einheitliche Kasse für den ganzen Bezirk zu schaffen, daran sollte scheitern müssen, daß die an sich zur Ausgestaltung geeignete Kasse kleine Teile des Gemeindebezirks nicht mit umfaßt. Wenn es für zulässig erachtet wird, zum Zwecke der Ausgestaltung einer bestehenden Kasse sie durch Abtrennung eines Bezirksteils den besonderen Verhältnissen anzupassen (vgl. Begründung in Anm. 1a), so kann es auch nicht, wie der preuß. Min.Erl. vom 4. November 1912 (Hand.M.Bl. S. 539, Arb.-Versorgg. S. 817) annimmt, für unzulässig erachtet werden, den Bezirk der auszugestaltenden Kasse nötigenfalls entsprechend zu erweitern. In die Rechte der Vorortskassen wird dadurch nicht eingegriffen. Sie haben keinen Anspruch, für ihren Bezirk zu allgemeinen Ortskrankenkassen ausgestaltet zu werden, und ihr Recht auf Zulassung als besondere Krankenkassen bleibt ihnen unter den Voraussetzungen der §§ 239 ff. gewahrt, gleichviel ob für die Altgemeinde und die Vororte je eine besondere allgemeine Ortskrankenkasse errichtet, oder ob eine bestehende Kasse, unter Erstreckung auf die Vororte, zur allgemeinen Ortskrankenkasse für den ganzen Bezirk ausgestaltet wird.

c) Die Genehmigung des Oberversicherungsamts ist nach Erwägungen der Zweckmäßigkeit nach freiem, pflichtmäßigem Ermessen zu erteilen oder zu versagen. Obwohl die Ausgestaltung im Grunde nichts anderes ist als eine auf einen besonderen Zweck gerichtete und an besondere Voraussetzungen geknüpfte Satzungsänderung, muß man doch auch hier zwei verschiedenartige Entschließungen des Oberversicherungsamts auseinanderhalten: die grundsätzliche Entschließung darüber, ob von der Errichtung einer neuen Kasse zugunsten der Ausgestaltung abgesehen werden soll und weiterhin die Prüfung der Satzung auf ihre Gesetzlichkeit im Sinne des § 324. Lehnt das Oberversicherungsamt, trotz Einverständnisses zwischen Gemeindeverband und Kasse, die Ausgestaltung grundsätzlich ab, so kommt das darauf hinaus, daß es auf Errichtung einer neuen Kasse besteht; versagt es aber nur die Genehmigung der Satzung wegen Ungesetzlichkeit, so liegt der Fall des § 324 vor. Danach ist auch das Beschwerderecht ein verschiedenes in dem einen und dem anderen Falle, durchaus entsprechend der Rechtslage im Falle des Abs. 1; vgl. Anm. 1c (ungenau: Hoffmann, Anm. 4). Eine Beschwerde einer von mehreren Kassen, welche ihre Ausgestaltung erstrebt haben, darüber, daß eine andere Kasse ihr vorgezogen worden ist, kommt nicht in Betracht; denn als beteiligt kann immer nur eine Kasse, nämlich diejenige gelten, mit der sich der Gemeindeverband über die Ausgestaltung verständigt hat.

3. **Zu Abs. 3**: Hiermit ist das Wesentliche der im Falle der Ausgestaltung gebotenen und ihren eigentlichen Inhalt kennzeichnenden Satzungsänderung ausgedrückt, aber nur nach der positiven Seite; es bedarf einer Ergänzung nach der negativen Seite durch die Fassung: daß die Kasse alle nach der Reichsversicherungsordnung Versicherungspflichtigen

Digitized by Google

umfaßt, die nicht einer Landkrankenkasse, einer knappschaftlichen Krankenkasse, einer besonderen Ortskrankenkasse, einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse angehören.

Zu § 1522 RVO.

Von Oberregierungsrat **Kobler** in München.

Auf der Grundlage des älteren Rechts haben die obersten Spruchbehörden der Arbeiterversicherung stets die Anschauung festgehalten, daß neben einer Unfallrente die Invalidenrente für denselben Schadensfall, für eine durch das nämliche Ereignis herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit nicht gewährt werden soll, daß vielmehr die Invalidenrente wegfalle, sobald feststehe, daß die Erwerbsfähigkeit durch einen Unfall um mehr als zwei Drittel beeinträchtigt wird. (Vgl. z. B. Revisionsentscheidung 1012, Amtl. Nachr. 1902 S. 597; Revisionsentscheidung 1069, Amtl. Nachr. 1903 S. 517; Entscheidung des Kgl. Bayer. Landesversicherungsamts 1158, Mitteilungen 1908 S. 68, Entscheidung des Reichsversicherungsamts 1597, Amtl. Nachr. 1911 S. 638 und 639.) Der Grundsatz wurde ganz allgemein angewendet, gleichviel ob Zusammenfallen der Invalidität mit den Unfallsfolgen schon von Anfang an bestand oder dieser Fall erst nachträglich eintrat.

Das ging ja eigentlich über den Wortlaut des Gesetzes hinaus, wie er in den § 9 Abs. 2 Satz 2 und § 76 Abs. 1 JAVG., sowie später in den im wesentlichen gleichlautenden § 15 Abs. 2 Satz 2 und § 113 JVG. niedergelegt war. Das Verfahren der Behörden befand sich aber im Einklang mit der alten Auslegungsregel, welche die Ergänzung des unvollständigen Ausdrucks eines Gesetzes dann gestattet, wenn dies der Sinn fordert, den der Gesetzgeber mit seinen Worten verbinden wollte.

Diese Rechtsprechung stand auch nicht in Widerspruch mit dem Grundsatze, den die Revisionsentscheidung 416, Amtl. Nachr. Sonderbl. für JAV. 1895 S. 113 ausspricht. Hier ist gesagt, daß der Wegfall eines an sich begründeten Invalidenrentenanspruchs eine Ausnahme darstelle und als solche durch eine klare Bestimmung des Gesetzes vorgeschrieben sein müsse. Klar ist eben nicht bloß der Inhalt des Gesetzes, wenn er schon aus seinen Worten offenbar ist, sondern auch dann, wenn er durch die Auslegung erst offenbar gemacht, geklärt und erklärt worden ist.

Nun hat die Reichsversicherungsordnung den bisherigen Gesetzesstand insofern geändert, als die Bestimmung des § 15 JVG. aus dem materiellen Rechte der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung verschwunden ist und in § 1522 nur eine Bestimmung aufgenommen wurde, die im wesentlichen dem Inhalte des früheren § 113 entspricht. Nach der Begründung (zu § 1502 des letzten Entwurfes S. 463, vgl. auch § 1583 des ersten Entwurfes von 1909) soll damit zusammenfassend und unter Hinzunahme der Hinterbliebenenversicherung das für die Invalidenrente bisher in §§ 15 und 113 JVG. geregelte Zusammentreffen des Anspruchs auf Unfallrente mit dem auf Invaliden- und Hinterbliebenenrente behandelt werden. Es ist der Ansicht Weymanns (Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 2. Aufl. S. 249) beizupflichten, wenn er dieses Verhalten als merkwürdig bezeichnet; man hätte ja füglich erwarten können, daß der bisher schon unvollkommene Ausdruck des Gesetzes auch hier genauer gefaßt und besser herausgearbeitet worden wäre. Aber es ergibt sich nirgends nur der geringste Anhaltspunkt für die Annahme, daß die Neuregelung grundsätzlich von dem bisherigen Rechte abweichen solle, während doch eine solche Absicht, wenn vorhanden, sicher auch irgendwie ausgesprochen worden wäre. Und der Wortlaut des § 1522 reicht immer noch aus, um eine, wenn auch mangelhafte Ausdrucksform des früher festgestellten Grundsatzes in ihm zu erkennen. Der Gesetzgeber ist zwar wieder bei einer Erscheinungsform des Gedankens stehen geblieben, welche seinem wahren Gehalt nicht vollständig entspricht, er erwähnt nur den Fall eines Antrags auf Invaliden- oder Hinterbliebenen-

Digitized by Google

rente. Aber ebenso wie bisher ist der unvollständige Ausdruck auch auf die Fälle zu beziehen, in denen ein derartiges Zusammentreffen von Invaliden- oder Hinterbliebenenrente und von Unfallrente sich erst in einem späteren Zeitpunkt nach der Gewährung der Invaliden- oder Hinterbliebenenrente ergibt.

Daß § 1522 auch dann anzuwenden ist, wenn die Invalidität die Folge zweier oder mehrerer Unfälle ist, muß mit Düttmanns Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. 1 S. 278 angenommen werden. Wenn das Gesetz in der Einzahl spricht, schließt es regelmäßig die Mehrzahl nicht aus. Dabei kommt es nicht darauf an, ob diese Unfälle vor dem Eintritt der Invalidität sich ereigneten oder nachher.

Die Regel, welche Düttmanns Kommentar im Schlußsatz der Anm. 8 zu § 1522 aufstellt, kann in der Allgemeinheit ihrer Fassung vielleicht mißverstanden werden. Es ist ja richtig, daß die Invalidität nicht mehr durch einen Unfall herbeigeführt wird, wenn jemand schon vor dem Unfalle invalide war. Aber nachträglich kann z. B. durch Zurücktreten anderer Körperschädigungen, die ursprünglich die Invalidität herbeiführten oder zur Begründung der Invalidität mitwirkten, sehr wohl ein Zustand eintreten, in welchem sich die Invalidität nun mehr als Folge von entschädigungspflichtigen Unfällen darstellt. Die bei Düttmann angeführte Revisionsentscheidung 1012 beschränkt sich übrigens, wie schon der an der Spitze stehende Satz zeigt, mehr auf die formelle Seite des Streites und vermeidet es, die materielle Frage in abschließender Form zu erörtern.

Der Anschauung, daß für die Beurteilung des Zusammentreffens nicht einfach die Prozentsätze der Unfallrenten zusammengezählt werden dürfen (a. a. O.), ist zuzustimmen. Das gilt ganz allgemein, nicht bloß dann, wenn bei der Entschädigung eines Unfalls der Jahresverdienst wegen einer älteren Erwerbsbeschränktheit gekürzt worden ist. In jedem Fall muß unter einheitlicher Würdigung aller Unfallfolgen festgestellt werden, ob die Invalidität wirklich durch die Folgen der Unfälle herbeigeführt ist.

Die Form, in welcher in solchen Fällen die Invaliden- oder Hinterbliebenenrente versagt oder ihre Zahlung eingestellt wird, ist der berufungsfähige Bescheid (vgl. Lehmann in Hanows Kommentar zur Reichsversicherungsordnung 2. Aufl. Bd. 5 S. 63 und 64, auch Düttmanns Kommentar Bd. 1 S. 279 Anm. 10). Die Bezugnahme auf die unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes ergangene Rechtsprechung ist ja nicht mehr voll beweiskräftig. Wenn damals z. B. § 47 IVG. auch auf diese Fälle angewendet wurde (z. B. Revisionsentscheidung 1068 Amtl. Nachr. 1903 S. 517), so fand dieses Verfahren eine gewisse Stütze in dem Umstand, daß § 47 wegen der Grundlage des Rentenanspruchs ausdrücklich auf § 15 IVG. verwies und in letzterem die Behandlung der durch einen Unfall herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit materiell-rechtlich geregelt war. § 1304 RVO. enthält zwar wieder die Bezugnahme auf § 1255, aber in § 1255 fehlt, wie schon oben erwähnt wurde, jeder Hinweis auf einen Zusammenhang der Invalidität mit den Folgen eines entschädigungspflichtigen Unfalls, ganz abgesehen davon, daß für das Zusammentreffen von Hinterbliebenenrente und Unfallrente es immer an einer speziellen Regelung mangeln würde. Deshalb muß für das Recht der Reichsversicherungsordnung auf die allgemeinen Bestimmungen zurückgegriffen werden; in dieser Beziehung lassen sich die §§ 1631 und 1633 schon ihrem Wortlaut nach ohne Bedenken auch auf solche Fälle anwenden (vgl. auch § 94 RVO. über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911, RGBl. S. 1129).

Wenn Lehmann a. a. O. S. 64 und 65 die Bestimmung des § 1308, wonach ein Entziehungsbescheid erst mit dem Ablauf des auf die Zustellung folgenden Monats wirksam werde, auf die Einstellung der Rente nach § 1522 nicht angewendet wissen will, so ist ihm beizustimmen. Die ältere Rechtsprechung kann, wie soeben gezeigt wurde, wegen der Aenderung des Gesetzesstandes in § 1255 RVO. nicht mehr herangezogen werden. Die Einstellung der Rente wird deshalb in den Fällen des § 1522 sofort wirksam; schon die nächstfällige Rate ist nicht mehr zu „zahlen“.

Digitized by Google

Der Jahresarbeitsverdienst nach den für die gewerbliche Unfallversicherung geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

Von Versicherungstechniker J. Ecthal in München.

Die Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes, welcher der Berechnung der Unfallrente als Unterlage zu dienen hat, war bisher ein vielumstrittener Punkt in unserer Rechtsprechung gewesen; teils um die bestehenden Zweifel und Streitfragen nach Tunlichkeit auszuschließen, teils aber auch, um den manchen — nach beiden Seiten hin — hier zutage getretenen Unbilligkeiten zu begegnen, hat die Reichsversicherungsordnung für die Berechnung der Rente aus dem Jahresarbeitsverdienste Bestimmungen getroffen, die sich gegenüber dem alten Rechte in einigen sehr wesentlichen Punkten unterscheiden.

Nach den einleitenden Vorschriften des § 563 RVO. ist die Rente nach dem Entgelt zu berechnen, den der Verletzte während des letzten Jahres im Betriebe bezogen hat (Jahresarbeitsverdienst); was dabei über den Betrag von 1800 M. hinausgeht, wird nur mit einem Drittel angerechnet. Ausgenommen die in Satz 2 dieses Paragraphen vorgesehene Erweiterung der Anrechenbarkeit des Jahresarbeitsverdienstes von 1500 auf 1800 M. besagen also die Bestimmungen in einer nur etwas klareren Weise das seither schon im § 10 Abs. 1 GUVG. als Norm Aufgestellte.

Wie bisher ist sonach in erster Linie das von dem Verletzten im Betriebe selbst verdiente Entgelt zu berechnen; § 160 RVO. gibt im Anschluß an die §§ 1 Abs. 4 KVG., 6 GUVG. über den

Begriff „Entgelt"

folgende nähere Erläuterungen: „Zum Entgelt im Sinne dieses Gesetzes gehören neben Gehalt oder Lohn auch Gewinnanteile, Sach- und andere Bezüge, die der Versicherte, wenn auch nur gewohnheitsmäßig, statt des Gehaltes oder Lohnes oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält. — Der Wert der Sachbezüge wird nach Ortspreisen berechnet, die das Versicherungsamt festsetzt."

„Statt des Gehaltes oder neben ihm", mit anderen Worten, wenn diese Bezüge als Entgelt für die Arbeitstätigkeit, nicht etwa in anderer Absicht seitens des Arbeitgebers oder eines Dritten — z. B. als Ersatz bestimmter Auslagen, aus Wohltätigkeitssinn u. dgl. — gewährt werden. Notwendig erscheint es auch, damit die Anrechnung wirtschaftlicher Vorteile, die einem Versicherten durch das Dienstverhältnis — sei es unmittelbar vom Arbeitgeber oder anläßlich der Dienstverrichtung von Dritten — zufließen, auf den Jahresarbeitsverdienst erfolgen kann, die Gewährung solcher Leistungen, sei es ausdrücklich oder stillschweigend, bei dem Arbeitsvertrag und der Lohnbemessung vorausgesetzt sein muß. Leistungen der eben gekennzeichneten Art müssen fernerhin mit einer gewissen Regelmäßigkeit und Stetigkeit erfolgen, so daß die Versicherten auf deren Gewährung mit einiger Sicherheit rechnen können; unter Umständen wird man beim Vorliegen dieser Voraussetzungen auch ein Entgelt anrechnen müssen, der in der Form eines Geschenkes gegeben wird, z. B. die sogenannten „Weihnachtsgratifikationen". Dagegen ist es nicht notwendig, daß der Anspruch auf diese Bezüge zivilrechtlich verfolgbar sei. Von der Anrechenbarkeit ausgeschlossen werden aber Bezüge, die den Versicherten außerhalb ihres Dienstverhältnisses zufließen, wenn z. B. der Arbeiter an Wohlfahrtseinrichtungen Anteil hätte, die von seinem Arbeitgeber in dessen Eigenschaft als Privatmann eingerichtet wurden und zudem sich nicht ausschließlich auf den Kreis der von ihm beschäftigten Arbeiter beziehen.

Zum Begriff des Entgeltes zählen fernerhin die Naturalbezüge; die Gewährung völliger oder teilweiser Verpflegung, Kost, Wohnung, die Abgabe von Freibier, insbesondere in den Brauereibetrieben, die übliche Gewährung von Wein für die Vesper, freie Dienstwohnung, Land-, Holz-, Lichtnutzung, die Gewährung von Dienstkleidern an Schaffner, Uebernahme der Kosten für eine Freikarte zur Eisenbahnfahrt von einem freiwillig gewählten Wohnort

Digitized by Google

zur Betriebsstätte, diese und ähnliche Voraussetzungen sind hierher zu rechnen. Teilweise freie Dienstwohnung hat das Reichsversicherungsamt als Naturalbezug dann erklärt, soweit ihr nach Ortsdurchschnittspreisen angesetzter Wert die nach dem Dienstvertrag für die Wohnung zu zahlende Vergütung übersteigt; ob der Inhaber auf die Wohnung einen rechtlichen Anspruch hat, erklärt das Reichsversicherungsamt im gleichen Falle für belanglos, wenn sie ihm tatsächlich gewährt wird (Amtl. Nachr. 1888 S. 293, Rekursentscheidung 575). Bei der Anrechnung der freien Verpflegung, die einem Versicherten im Auslande gewährt wird, hat sich das Amt dahin ausgesprochen, daß der Wert derselben nicht nach den Teuerungsverhältnissen des Auslandes, sondern nach den Wertverhältnissen am Betriebssitze abzuschätzen ist, wie auch eine statt freier Verpflegung gewährte Geldzulage im gleichen Falle nach dem Werte anzusetzen ist, den die dafür im Auslande zu beschaffenden Lebensmittel usw. am Betriebssitze haben (Rekursentscheidung 632, Amtl. Nachr. 1888 S. 346).

Zu den „anderen Bezügen, welche den Versicherten, wenn auch nur gewohnheitsmäßig, gewährt werden und ganz oder teilweise an Stelle des Gehaltes oder Lohnes treten", sind zu rechnen Provisionen aller Art, Reisespesen, sofern dem Versicherten daraus ein ihm nach der Absicht der Kontrahenten zugedachter Vorteil erwächst (Revisionsentscheidung 1003, Amtl. Nachr. 1902 S. 546). Außer Betracht aber bleiben Zuwendungen, die sich nur als Vergütung für besonderen Aufwand darstellen, z. B. ein Mehrbetrag über den bestimmten Tagelohn für diejenige Zeit, in der ein Arbeiter außerhalb seiner gewöhnlichen Arbeitsstätte und seines ordentlichen Wohnortes beschäftigt ist, es müßte denn sein, daß sie tatsächlich einen wirtschaftlichen Vorteil bedeuten, was jeweils nur von Fall zu Fall entschieden werden kann. So hat das Reichsversicherungsamt ausgesprochen, daß die dem Eisenbahnfahrpersonal gewährten Fahr- (Meilen-, Kilometer- u. dgl.) Gelder dem Lohn oder Gehalt zuzurechnen sind und zwar regelmäßig im vollen Betrag —, Nachtgelder dagegen nur, wenn, wie es häufig der Fall ist, außerdem das nötige Unterkommen in Bahnhofsräumlichkeiten unentgeltlich gewährt wird (Rekursentscheidung 465 und 730, Amtl. Nachr. 1888 S. 84 und 1889 S. 344).

In sehr vielen Entscheidungen finden sich die Grundlagen niedergelegt, unter denen Trinkgelder, welche Angestellte anläßlich ihrer Dienstverrichtungen von dritten Personen erhalten, auf den Jahresarbeitsverdienst anzurechnen sind. Das Reichsversicherungsamt hat seinen Standpunkt in dieser Frage dahin präzisiert:

„Nach § 6 GUVG. (§ 160 RVO.) gelten als Gehalt oder Lohn auch Tantiemen, Naturalbezüge und sonstige Bezüge, welche den Versicherten, wenn auch nur gewohnheitsmäßig gewährt werden und ganz oder teilweise an die Stelle des Gehaltes oder Lohnes treten. Da Trinkgelder nur unter die letztgenannte Gruppe von Bezügen fallen können, so kann ihre Anrechnung auf den Jahresarbeitsverdienst nur unter einer doppelten Voraussetzung erfolgen: Die Trinkgelder müssen einerseits zum mindesten gewohnheitsmäßig gewährt werden, sie müssen anderseits ganz oder teilweise an die Stelle des Gehaltes oder Lohnes treten. Um letztere anzuerkennen, ist zwar nicht erforderlich, daß bei der Schließung des Dienstvertrages auf die Trinkgeldereinnahmen ausdrücklich Bezug genommen wurde, immerhin aber muß eine stillschweigende Berücksichtigung dieser Einnahmen dergestalt erfolgt sein, daß im Hinblick auf sie das Gehalt oder der Lohn geringer bemessen worden ist, als es ohne die zu erwartenden Trinkgelder geschehen sein würde. Ob diese Voraussetzungen im einzelnen Falle tatsächlich gegeben sind, sei allerdings oft schwer zu beurteilen" (vgl. Rekursentscheidung 2179, Amtl. Nachr. 1907 S. 419). Die Trinkgelder im Kellner- und Gastwirtsgewerbe, die der Boten und Ausgeher, der Eisenbahn-, Trambahn- und Omnibusschaffner, der Kutscher, Kraftdroschken- und Liftführer, der Dienstmänner und Lehrlinge, die sogenannten Rollgelder, die den Kutschern der Spediteurfirmen von den Kunden zugehen, diese und andere mehr sind hier einschlägig; je nach den Umständen des Einzelfalles ist es also wohl verständlich, wenn in diesem Fall die Anrechnung zu erfolgen hat, im anderen Falle abzulehnen ist.

Die von den Unternehmern entrichteten Anteile an den Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherungsbeiträgen

Digitized by Google

oder ein der gesamten Arbeiterzahl entsprechender Anteil an den Unfallversicherungsbeiträgen ist bei der Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes des einzelnen Arbeiters nicht zu berücksichtigen und zwar die Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherungsbeiträge in der Regel auch nicht hinsichtlich des gesetzlichen auf den Versicherten selbst entfallenden Beitrages, sofern der Unternehmer aus Wohlwollen auch diesen über den Lohn oder Gehalt hinaus mit entrichtet; anderseits dürfen die gesetzlichen, von den Versicherten selbst entrichteten Versicherungsbeiträge nicht unberücksichtigt gelassen werden.

In der Regel wird der Wert von Wohlfahrtseinrichtungen, welche ein Unternehmer zugunsten seiner Arbeiter ganz oder teilweise unterhält, nicht zur Anrechnung kommen können, ausgenommen die vereinzelten Fälle, in denen solche Einrichtungen unter den oben ausgeführten Voraussetzungen noch als Bestandteil des Lohnes sich darstellen werden.

Die Festsetzung des Wertes eines Sachbezuges erfolgt nach Ortsdurchschnittspreisen von Fall zu Fall nach Bedarf durch das für den Betriebssitz oder eventuell für den Beschäftigungsort zuständige Versicherungsamt.

Was unter die anrechenbaren Bezüge des Versicherten zu zählen ist, muß zunächst einwandfrei festgestellt sein, bevor zur Anwendung der weiteren Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über die Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes geschritten werden kann. § 564 a. a. O. schreibt vor: „Als Jahresarbeitsverdienst gilt, wenn der Verletzte ein volles Jahr vor dem Unfalle im Betriebe beschäftigt war, das 300fache des durchschnittlichen Verdienstes für den vollen Arbeitstag, vorbehaltlich des § 569. — Ergibt die übliche Betriebsweise eine höhere oder niedrigere Zahl von Arbeitstagen, so wird mit dieser Zahl statt mit 300 vervielfältigt." Dem Grunde nach ähnliche Bestimmungen enthält der Abs. 2 des § 10 GUVG.

Die Beschäftigung im Betriebe während des vollen letzten Jahres, von dem Unfalle zurückgerechnet ist selbst dann anzunehmen, wenn ein Arbeiter während dieses Zeitraumes nicht immer in der gleichen Stellung verwendet worden ist. Ein Bauarbeiter z. B., der als Maurer verunglückt, erhält, wenn er im letzten Jahre zeitweise auch als Tagelöhner beschäftigt war, die Rente gleichwohl aus seinem eigenen nach den §§ 563, 564 RVO. zu berechnenden Jahresarbeitsverdienst; ebenso ein Arbeiter, der in demselben Betrieb erst als Lehrling, dann als Geselle beschäftigt worden ist und als solcher verunglückt. Darauf, daß diese Auffassung in der Regel wegen der in der Eigenschaft als Tagelöhner oder als Lehrling verdienten geringeren Löhne für die Versicherten ungünstiger sein wird, als es für sie bei der Anwendung der Bestimmungen über die Heranziehung des Lohnes eines gleichartigen Arbeiters wäre, kommt es nicht weiter an. Anders liegt wohl der Fall, wenn die besondere Beschäftigung des Verunglückten zur Zeit des Unfalles im Gegensatz zu seiner sonstigen Beschäftigung im Laufe des letzten Jahres einem selbständigen, aus dem Gesamtbetriebe heraustretenden Sonderbetriebe angehört; die Anrechnung des Lohnes eines gleichartigen Arbeiters für die fehlende Zeit kann hier nicht gut versagt werden. Nicht ausgeschlossen ist demnach die Anwendung der §§ 563, 564 RVO. in Fällen, in denen der Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfalle von einer mindergelohnten in eine höhere Stellung einrückt, ebensowenig aber auch in Fällen, in denen ein Zurücktreten in eine weniger einkömmliche Beschäftigung vor allem als Folge individueller Eigenschaften des Verletzten (Abnahme der Leistungsfähigkeit z. B. infolge Altersschwäche) eingetreten war.

Ob eine Unterbrechung der Tätigkeit durch Krankheit der Annahme, daß der Verletzte das ganze Jahr vor dem Unfalle in dem Betriebe beschäftigt war, entgegensteht, ist lediglich Tatfrage; in einer Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 27. Februar 1905 ist bei einem seit zehn Jahren in dem Betriebe tätigen Versicherten eine Beschäftigung während des vollen letzten Jahres angenommen worden, obwohl er während des letzten Jahres einmal fünf und einmal elf Wochen lang die Arbeit wegen Erkrankungen ausgesetzt hatte. Kleinere Unterbrechungen, wie sie in nur mehrtägigem Fernbleiben von der Arbeit durch verschiedenartige Gründe einmal für jeden Versicherten

Digitized by Google

notwendig werden kann, — Erkrankungen, Todesfälle, besondere Gelegenheiten usw. — zählen hier überhaupt nicht. Man wird dies auch noch gelten lassen müssen bei Arbeitsunterbrechungen durch Streiks oder Aussperrungen, solange diese von nur kurzer vorübergehender Dauer gewesen sind. Wochenlange derartige Arbeitsunterbrechungen schließen die Annahme einer Beschäftigung während eines vollen Jahres aus (Rekursentscheidung 2226, Amtl. Nachr. 1908 S. 492).

Einer besonderen Erörterung bedürfen die zahlreichen Fälle, in denen der Unfallbetrieb seinen Arbeitern nicht eine das ganze Jahr hindurch andauernde Beschäftigung bietet, wie z. B. Baubetriebe und die eigentlichen Saison- (Kampagne-) Betriebe; die Entscheidung der Frage, ob hier eine Beschäftigung während des ganzen letzten Jahres vor dem Unfalle stattgefunden hat, ist zweifelhaft. Vom Reichsversicherungsamt ist beispielsweise bei einem Bauarbeiter eine Beschäftigung während des vollen letzten Jahres vor dem Unfalle unter der Voraussetzung angenommen worden, daß er regelmäßig bei demselben Arbeitgeber, wenn auch wegen der Unterbrechung des Betriebes durch die Witterungsverhältnisse nicht das ganze Jahr beschäftigt ist, anderseits aber während dieser Unterbrechungen nicht bei anderen Unternehmungen gearbeitet hat. Bei den eigentlichen Kampagnebetrieben — z. B. Zuckerfabriken oder Schiffahrtsbetriebe — ist in der Regel eine Beschäftigung während eines vollen Jahres nicht anzuerkennen. In der Rekursentscheidung 2152, Amtl. Nachr. 1906 S. 450 ist ausgeführt, daß solche Betriebe, welche dem Arbeiter wegen der Unregelmäßigkeit der Betriebsweise nicht annähernd seinen Lebensunterhalt gewähren, die Annahme einer Beschäftigung während des vollen Jahres im Betriebe nicht rechtfertigen können. Bei der unten vorgesehenen Erörterung des Begriffes „übliche Betriebsweise" ist hierüber noch weiteres zu sagen.

Durchschnittlicher Verdienst für den vollen Arbeitstag

setzt die Reichsversicherungsordnung an die Stelle des Begriffes, „das 300fache des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes" Diese Aenderung ist nach der Begründung des Entwurfes um deswillen vorgenommen worden, weil die bisherige Fassung zu Zweifeln Anlaß gegeben hat, ob solche Tage, an denen der Verletzte nur einige Stunden gearbeitet hat, als volle Tage oder als Bruchteile von Tagen zu berechnen seien, und weil bei einer Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes, die den tatsächlichen Verhältnissen des wirtschaftlichen Lebens genüge, die volle Arbeitskraft maßgebend sein müsse. In den Kommissionsberatungen wurde dazu erklärt, daß die neuen Bestimmungen lediglich die jetzige Uebung kodifizieren sollten und aufrecht erhalten werden soll, was jetzt schon die Praxis des Reichsversicherungsamtes sei. Es folgt hieraus, daß auch künftighin unter dem durchschnittlichen Verdienst für den vollen Arbeitstag regelmäßig der Gesamtbetrag aller gemäß § 160 RVO. anrechenbaren Verdiensteinnahmen des Verletzten, geteilt durch die Anzahl Kalendertage (von Mitternacht zu Mitternacht gerechnet), an welchen er im letzten Jahre vor dem Unfalle gearbeitet hat, anzusehen ist. War jedoch der Verletzte zwar während des vollen letzten Jahres, aber nicht während voller Arbeitstage, sondern z. B. täglich nur wenige Stunden in dem Betriebe beschäftigt gewesen, so ist zunächst zu ermitteln, wie viele volle Arbeitstage (volle Tagewerke) er in dem letzten Jahre in dem Betriebe tätig gewesen ist und sein Gesamtverdienst durch die Zahl der vollen Arbeitstage zu teilen; auf die Zahl der Arbeitsschichten des Versicherten kann es nicht ankommen; insbesondere dürfte sie nicht dazu führen, daß mehr Arbeitstage, als das Jahr Kalendertage hat, zur Teilung des in dem Jahre vor dem Unfalle erzielten Gesamtverdienstes verwendet werden (Rekursentscheidung 362/3 Amtl. Nachr. 1887, S. 162). Wenn bei dieser Berechnungsart ein Versicherter denselben Jahresarbeitsverdienst zugrunde gelegt erhält, wie wenn er gegen entsprechend höheren Lohn in dem letzten Jahre vor dem Unfalle stets volle Tagewerke in dem Betrieb verrichtet hätte, so kann gleichwohl eine Schädigung der Versicherungsträger nicht angenommen werden; sie erhalten wohl für die Beitragsberechnung nur das wirklich verdiente Entgelt nachgewiesen — § 732 RVO. —, tragen aber anderseits auch infolge der Kürzung der Beschäftigungszeit nur die Hälfte des Risikos.

Der Durchschnittsbetrag aller in Betracht

Digitized by Google

kommenden Verdiensteinnahmen in ihrer Gesamtheit ist zu berechnen; nicht angängig erscheint eine getrennte Ermittlung des Durchschnittsbetrages nach den verschiedenen Arten der Einkünfte (Barlohn, Naturalbezüge, Trinkgelder usw.); anders ja bei jährlich regelmäßig nur einmal gewährten Bezügen, wie Weihnachtsgratifikationen, Dienstkleidung und ähnliches, welche lediglich einmal für das Jahr, in Höhe ihres einzelnen Betrages oder Wertes, bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in Ansatz zu bringen sind.

Als Regel ergibt sich sonach, die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes nach dem Dreihundertfachen des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes; der Abs. II des § 564 RVO. (§ 10 Abs. 2 GUVG.) enthält hiervon eine Ausnahme: „Ergibt

‚die übliche Betriebsweise'

eine höhere oder niedrigere Zahl von Arbeitstagen, so wird mit dieser Zahl statt mit Dreihundert vervielfältigt". Baubetriebe und die eigentlichen Saisonbetriebe werden meist eine übliche Betriebsweise von weniger als 300 Tagen aufweisen, Fuhrwerks-, Straßenbahn-, Wirtschafts- und ähnliche Betriebe dagegen regelmäßig diese Zahl überschreiten. Im übrigen muß für die Ermittelung der üblichen Betriebsweise auf möglichst sachliche, der willkürlichen Einwirkung des Unternehmers und seiner Beamten ebenso wie den Zufälligkeiten, die den persönlichen Verhältnissen des einzelnen Arbeiters entspringen, entrückte Umstände zurückgegangen werden; solche Umstände liegen vor, wenn sie für alle in dem Betriebe in gleicher Lage befindlichen Arbeiter gleichmäßig wirken; dagegen kann wohl die Wirkung der üblichen Betriebsweise für die verschiedenen Gattungen der Arbeiter eines Betriebes, sogar für einen einzelnen Arbeiter von besonderer Art, verschieden sein. So wird das die Heizung und Bewachung besorgende Personal einer großen Fabrik regelmäßig eine besondere Dauer der üblichen Betriebsweise aufweisen, ebenso z. B. auch der im Nebenbetriebe seines Arbeitsgebers beschäftigte Fuhrknecht, wenn der Fuhrwerksbetrieb — im Gegensatz zu den im Hauptbetriebe beschäftigten Arbeitern — seine Arbeitsverrichtungen an jedem Tage des Jahres beansprucht.

Ein zutreffendes Bild für die Berechnung der üblichen Betriebsweise wird sich weiterhin nur dann finden lassen, wenn die durch sie bedingte — höhere oder niedrigere — Zahl von Arbeitstagen im allgemeinen nicht lediglich aus den Verhältnissen des letzten vor dem Unfalle liegenden Jahres, sondern für einen Zeitraum von einigen Jahren durchschnittlich bestimmt wird. Geringere Abweichungen gegenüber der Zahl Dreihundert wird man dabei überhaupt nicht berücksichtigen und die Handhabung der Ausnahmebestimmungen des Abs. II § 564 RVO. nicht von einer peinlich genauen, die Betriebs- und Arbeitsverhältnisse gerade bis ins kleinste ermittelnde Untersuchung abhängig machen dürfen; die Vervielfältigung des Tagesverdienstes mit der Normalzahl 300 wird überall da Platz greifen müssen, wo sie nicht eine offenbare Ungerechtigkeit nach der einen oder der anderen Seite hin bedeuten würde (Rekursentscheidung 745, Amtl. Nachr 1889 S. 354). So wird man diese Normalzahl auch dann anwenden, wenn sich z. B. eine einigermaßen bestimmte andere Zahl als Dreihundert für die Arbeitsleistung in dem Betriebe nicht ergibt.

Das Reichsversicherungsamt hat ferner die Anwendbarkeit der Bestimmungen über die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes nach der üblichen Betriebsweise nur dann für berechtigt erklärt, wenn der unfallbringende Betrieb dem Versicherten im wesentlichen das ganze Jahr hindurch Gelegenheit zur Beschäftigung bietet und er durch diese Beschäftigung soviel an Verdiensteinnahme erzielen kann, daß in diesen in der Hauptsache sein gesamter, wirklicher Jahresarbeitsverdienst zum Ausdruck kommt, und der Versicherte nicht noch anderweit sich um lohnbringende Arbeit bemühen muß. In den großen industriellen und gewerblichen Betrieben finden die versicherten Arbeiter wohl durchwegs eine das ganze Jahr hindurch andauernde und genügend einkömmliche Beschäftigung, aber wie verhält sich die Angelegenheit bei den sogenannten Saisonarbeitern in den mehrfach bereits erwähnten Saisonbetrieben? Vielfach beklagen die die Baugewerbe- und die Baunebengewerbetreibenden einschließenden Berufsgenossenschaften den hier von den oberen Instanzen der Unfallversicherung eingenommenen Standpunkt, der dahin geht, bei dem Vor-

Digitized by Google

handensein einer üblichen Betriebsweise von ungefähr 250 oder weniger Tagen die Anwendbarkeit der Bestimmungen aus Abs. 2 des § 564 RVO. in der Regel auszuschließen und den Jahresarbeitsverdienst für die in solchen Betrieben verunglückten Arbeiter nach den jeweils günstigeren Vorschriften zu berechnen. Nun kommt hier doch in Betracht, daß tatsächlich eine sehr große Anzahl von Bau- und Baunebenbetrieben keine höhere übliche Betriebsweise aufzuweisen vermag, weiterhin aber auch, daß meist die in diesen Betrieben beschäftigten Arbeiter in der übrigen Zeit des Jahres einer weiteren lohnbringenden Beschäftigung tatsächlich nicht nachgehen; es ist wohl auch keine Zufälligkeit, wenn diese Versicherten gegenüber anderen gewerblichen Arbeitern meist einen sehr hohen Lohn beziehen, und die Führer und Vertreter der Arbeitnehmerschaft begründen selbst das Verlangen nach höheren Lohnsätzen immer wieder mit dem Hinweise auf ihre kürzere Arbeitsdauer und ihre während der Wintermonate bedingte Arbeits- und Verdienstlosigkeit. Weshalb also für diese Art versicherter Arbeiter nicht die wirkliche übliche Betriebsweise entscheidend sein sollte, ist damit wohl nicht gut abzusehen. Ueber die übliche Betriebsweise im Baugewerbe schreibt übrigens auch das Reichsarbeitsblatt Jahrgang 1906, Nr. 9 folgende Ausführungen: „Die Länge der jährlichen Arbeitszeit wird im Baugewerbe durch die Abhängigkeit der Arbeit von den Witterungsverhältnissen wesentlich beeinflußt. Während die Berichte der bayerischen Fabrikinspektoren die jährliche Zahl der Arbeitstage für die Industrie auf 285 bis 300 angeben, beträgt die durchschnittliche Jahresarbeitszeit auf der Baustelle nach den Arbeitgeberangaben 260 bis 275, nach den Arbeitnehmerangaben 240 bis 270 Tage. Für einzelne Arbeitergruppen, wie Tiefbauarbeiter, Dachdeckerhilfsarbeiter, Ofensetzer, Anstreichergehilfen, Pflasterertagelöhner, Steinmetze, Baustukkateure geben Arbeiter sogar nur 210 bis 220 Tage als Jahresdurchschnitt an."

Ausnahmsweise hat das Reichsversicherungsamt die sehr geringe Zahl von 233 Arbeitstagen als Ausdruck der üblichen Betriebsweise in gewissen Altonaer Stauereibetrieben anerkannt in der Rekursentscheidung vom 27. März 1893 PrV. 3826/92.

Die Vorschriften des § 564 RVO. dürften damit eine ausreichende Begründung und Erklärung gefunden haben.

War der Verletzte noch kein volles Jahr vor dem Unfall im Betriebe beschäftigt, so wird der Jahresarbeitsverdienst in der Weise berechnet, daß

1. die Zahl der Tage, an denen der Verletzte im Betriebe beschäftigt war, mit dem durchschnittlichen Verdienst für den vollen Arbeitstag vervielfältigt wird;
2. zugezählt wird für die übrigen betriebsüblichen Arbeitstage des Jahres der durchschnittliche Verdienst, den während dieser Zeit Versicherte der gleichen Art und Erwerbsfähigkeit im Betriebe oder in einem benachbarten Betriebe gleicher Art für den vollen Arbeitstag bezogen haben (§ 565 RVO., § 10 Abs. 3 GUVG.).

Bisher galt hier die Regel, daß die Rente nach demjenigen Jahresarbeitsverdienste zu berechnen war, welchen während dieses Zeitraumes versicherte Personen derselben Art in demselben oder in einem benachbarten gleichartigen Betrieb bezogen haben; eine andere Berechnungsart hatte das Reichsversicherungsamt wiederholt als unzulässig bezeichnet.

(Schluß folgt.)

Digitized by Google

Die Abonnentenversicherung.

Von **Friedr. Kleeis** in Halle a. S.

Die Abonnentenversicherung — eine Versicherung, welche die Abonnenten von Zeitungen oder Zeitschriften in ihrer Eigenschaft als solche genießen — ist schon oft kritisch erörtert worden. Am 20. März 1911 nahm der Reichstag eine Resolution des Abgeordneten Dr. Freiherrn von Hertling an, welche ein Verbot der Abonnentenversicherung forderte. Bald darauf wurde auch eine Resolution des Abgeordneten Bassermann angenommen, die von der Regierung eine Denkschrift über diese Versicherungsart verlangte.

Die Denkschrift ist dem Reichstag Mitte Januar 1913 vorgelegt worden. Nach dieser handelt es sich bei der Versicherung in der ganz überwiegenden Mehrzahl der Fälle um Unfallversicherungen, die den Tod oder dauernde Invalidität des Versicherten oder auch seiner Ehefrau zum Gegenstand haben.

Die Denkschrift unterscheidet zwischen der „beaufsichtigten" und „unbeaufsichtigten" Abonnentenversicherung. Erstere ist vorhanden, wenn der Zeitungsverleger die Versicherung seiner Abonnenten bei einer der Staatsaufsicht unterliegenden Versicherungsgesellschaften vermittelt, an die der Verleger eine Prämie zahlt. Die andere Art der „Versicherung" besteht darin, daß der Verleger die Versicherung auf eigenen Namen und auf eigene Gefahr gewährt.

Das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung hat in einer Veröffentlichung vom Jahre 1902 die Abonnentenversicherung allgemein, auch wenn der Verlag der Zeitung die Versicherung auf eigenen Namen und auf eigenes Risiko gewährt, als der Erlaubnis bedürfend, hingestellt. In der Folge hat es sich aber in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle als unmöglich herausgestellt, gegen den ohne Erlaubnis vor sich gehenden Betrieb der Abonnentenversicherung mit den Mitteln des Versicherungsaufsichtsgesetzes einzuschreiten. Die Gerichte haben nach einigem Schwanken der Rechtsprechung des Reichsgerichts folgend den strafrechtlichen Schutz des § 108 Abs. 1 des genannten Gesetzes gegenüber der vom Zeitungsverleger unmittelbar betriebenen Abonnentenversicherung in den weitaus meisten Fällen versagt. Die Denkschrift führt aber doch einige, auch höchstinstanzlich bestätigte Urteile an, nach denen Zeitungsverleger auf Grund der angegebenen Vorschrift verurteilt worden sind.

In der Literatur wird, wie die Denkschrift zutreffend anführt, die unbeaufsichtigte Abonnentenversicherung meist als eine wirtschaftlich bedenkliche Erscheinung betrachtet. Es wird darauf hingewiesen, daß die hier in Betracht kommenden Versicherungsbedingungen fast stets sehr streng und den Abonnenten nachteilig, insbesondere mit zahlreichen Verwirkungsklauseln ausgestattet seien und dies angesichts des großen für den selbstversichernden Verleger bestehenden Risikos auch sein müßten. Ferner wird hervorgehoben, daß durch das Bestehen solcher Versicherungen weite Kreise davon abgehalten würden, eine regelmäßige Versicherung bei einer Versicherungsgesellschaft zu nehmen. Sodann wird die Befürchtung geäußert, daß die vielfachen Enttäuschungen, denen die Abonnenten wegen der Strenge der Bedingungen ausgesetzt seien, dazu beitrügen, eine ungünstige Meinung von jeder Art der Versicherung zu verbreiten. Auch aus dem Mangel versicherungstechnischer Reserven und jeden statistischen Materials für die Beurteilung des den Verleger treffenden Risikos werden Bedenken hergeleitet; freilich wird dabei nicht verkannt, daß der Verleger berechtigt ist, die Abonnentenversicherung jederzeit mit kurzer Frist zu kündigen, sobald er bei ihr seine Rechnung nicht mehr findet.

Es überwiegt die Ansicht, daß die unbeaufsichtigte Abonnentenversicherung schon auf Grund des bestehenden Rechts als schlechthin unzulässig zu betrachten sei. Diese Auffassung die — wie dargelegt — auch das Aufsichtsamt für Privatversicherung teilt, steht im Widerspruche zu den gleichfalls bereits erwähnten Entscheidungen des Reichsgerichts, nach denen es von den Umständen des Falles abhängt, ob der Betrieb zulässig ist oder nicht. Auf die Gründe, aus denen die Richtigkeit dieser Entscheidungen angefochten wird, braucht hier nicht weiter eingegangen zu werden.

Die Denkschrift behandelt sodann eingehend die beaufsichtigte Abonnentenversicherung und zwar hierbei die Unfallversicherung, die Sterbegeldversicherung, die Haftpflicht-

Digitized by Google

versicherung, die Art der Geschäftsführung und die wirtschafiliche Bedeutung. Die unbeaufsichtigte Abonnentenversicherung findet dieselbe Erörterung, hier kommen als weitere Kapitel hinzu, die mangelnde Kenntnis der Versicherten von den Versicherungsbedingungen und die geschenkweise Abonnentenversicherung. Letztere besteht darin, daß die auszuzahlenden Entschädigungen lediglich als „geschenkweise Zuwendung" zu betrachten seien und das über die Gewährung ausschließlich das Ermessen des Verlegers zu entscheiden habe. Die Denkschrift enthält viele Muster der in der Versicherung eingeführten Verträge, Versicherungsbedingungen, Gerichtsurteile usw. Abgesehen von ihren Darlegungen sozialpolitischen und juristischen Inhalts enthält die Denkschrift auch umfangreiches statistisches Material. Dieses ist teils vom Aufsichtsamte für Privatversicherung beigesteuert, teils durch eine Umfrage des Reichskanzlers angenommen worden.

Aus dieser Umfrage ergibt sich, daß von den 22 preußischen Regierungspräsidenten 12 erklärt haben, über die Abonnentenversicherung nichts zu wissen oder Klagen nicht vernommen zu haben, während die 10 anderen zum Teil ausführlich die Art dargelegt haben, in der die Versicherung betrieben wird.

Die beaufsichtigte Versicherung ist von 154 Zeitungen und Zeitschriften eingeführt. Nach den von den Versicherungsgesellschaften gemachten Angaben betrug im Jahre 1911 die Zahl der versicherten Abonnenten 1766465, die Gesamtzahl der geleisteten Entschädigungen und Sterbegeldbeträge 3000856 M. Es entfällt also auf einen Versicherten etwa 1,80 M. Viele Zeitungen und Zeitschriften beschäftigen sich nur kurze Zeit hindurch mit der Versicherung, so daß eine stete Veränderung des Bestandes stattfindet. In den meisten Fällen werden 500 oder 1000 M. für den Todesfall gewährt, wenn dieser unter vielen Voraussetzungen durch Unfall eingetreten ist. Vielfach wird auch die Entschädigung für den Fall der „Ganzinvalidität" versprochen.

Die unbeaufsichtigte Abonnentenversicherung ist umfangreicher. Sie war Ende des Jahres 1911 von 143 Zeitungen und Zeitschriften eingeführt, die 2569226 Abonnenten, also rund 800000 Abonnenten mehr wie die beaufsichtigten, hatten. Die versprochenen Leistungen der unbeaufsichtigten Versicherung sind indes geringer. In der Regel wird nur für den durch Unfall herbeigeführten Tod die Summe von 150 bis 500, vereinzelt auch bis 1000 M. in Aussicht gestellt. Was die unbeaufsichtigte Versicherung in Wirklichkeit ausgezahlt hat, konnte nicht festgestellt werden, weil die einschlägigen Erhebungen ohnehin nur mit großen Schwierigkeiten vorgenommen werden konnten. Indessen — so heißt es in der Denkschrift — deuten manche Wahrnehmungen darauf hin, daß manche Zeitungsverleger sich der Erfüllung ihrer Verpflichtungen durch Geltendmachung mannigfacher, meist unbegründeter und zum Teil als frivol zu bezeichnender Einwendungen zu entziehen suchen. Es werden dafür viele Einzelfälle angeführt. Die Versicherungsbedingungen der Abonenntenversicherung blieben weit hinter dem zurück, was im Interesse der Versicherten gefordert werden müsse.

Gleichwohl kommt die Denkschrift dazu, der Abonnentenversicherung eine „wirtschaftliche Bedeutung" zuzusprechen. Die Abonnentenversicherung sei offensichtlich in eine Lücke eingetreten. Sie habe sich unzweifelhaft in manchen Beziehungen als ein wirksames Mittel erwiesen, den breiten Schichten des Volkes bis zu einem gewissen Grade die Segnungen des Versicherungsschutzes zugänglich zu machen. In der Zeit vom 1. Januar 1909 bis Dezember 1912 seien beim Aufsichtsamte für Privatversicherung auch nur 50 Beschwerden hinsichtlich der beaufsichtigten Abonnentenversicherung über die beteiligten Versicherungsgesellschaften eingegangen.

Die Denkschrift will hauptsächlich nur objektives Material erbringen. Sie unterläßt es, bestimmte Vorschläge zur Beseitigung der hervorgetretenen Mißstände zu formulieren. Als einen Ausweg deutet sie darauf hin, daß es sich empfehlen könne, „im Wege gesetzlichen Eingreifens die von den Verlegern auf eigene Rechnung betriebene Abonnentenversicherung der Aufsicht des Aufsichtsamts für Privatversicherung zu unterstellen". Wir können mit der Denkschrift nur zugeben, daß in den Volkskreisen ein großes Bedürfnis nach weitergehender Hilfe bei Unfällen und Invalidität vorhanden ist. Weil die staatlichen Einrichtungen — Reichsversicherung usw. — dem vorhandenen Bedürfnis nicht gerecht werden, sucht das Publikum den zweifelhaften

Digitized by Google

Schutz bei der zweifelhaften Abonnentenversicherung. Wenn das vielen Kreisen unbekannte Reichsaufsichtsamt nicht häufiger angerufen worden ist, so will das nichts besagen. Jedenfalls beweist die Denkschrift vor allem das eine, daß der Staat die Unfall- und Invalidenfürsorge mehr ausbauen sollte, um dieser Versicherung den Nährboden abzunehmen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

(ck.) **Zu § 19 KVG. — Kassenzugehörigkeit der bei Wallniederlegungs- und Abbruchsarbeiten beschäftigten Personen.**

Entscheidung des **Königl. Landgerichts** zu **Königsberg i. Pr.** vom 1. November 1911.

Der Beklagte ist Steinsetzmeister und betreibt dies Gewerbe in K. in größerem Umfange; insbesondere hat er die Anlegung neuer Straßen in den Villenkolonien von K. übernommen und ausgeführt. Die bei derartigen Arbeiten von ihm beschäftigten Personen hat er regelmäßig zu der Ortskrankenkasse für das Bierbrauer- und Steinsetzgewerbe usw. angemeldet.

Durch den Vertrag vom 15. Dezember 1910 hat nun der Beklagte der Stadtgemeinde K. gegenüber die Verpflichtung übernommen, die Mauerabbruchs- und Erdarbeiten zur Herstellung einer Durchbruchsstraße auf dem Entfestigungsgelände auszuführen. Nach den dem Vertrage zugrunde liegenden besonderen Bedingungen war vorgesehen: 1. der Abbruch des Ueberfallwehrs, 2. der Abbruch der Eskarpemauer auf 40 Meter Länge, 3. der Abbruch zweier Unterstände und eines Ladesystems, 4. Schüttung des Straßenkörpers unter Entnahme des Bodens aus dem anliegenden Wall des Glacis. — Von der auf 9710 M. festgesetzten Vergütung entfallen 3590 M. auf die Abbruchsarbeiten, 6120 M. auf die Erdarbeiten.

Der Beklagte hatte die bei diesen Arbeiten beschäftigten Personen auch bei der Ortskrankenkasse des Steinsetzergewerbes angemeldet, während die Gemeinsame Ortskrankenkasse als Klägerin der Ansicht war, daß sie die zuständige Kasse sei. Der Magistrat und das Amtsgericht entschieden zugunsten der Ortskrankenkasse für das Steinsetzergewerbe, während das Landgericht die Gemeinsame Ortskrankenkasse für zuständig erklärte.

Aus den Gründen:

Nach § 16 Abs. 3 KVG. sollen die Ortskrankenkassen in der Regel für die in einem Gewerbezweige oder in einer Betriebsart beschäftigten Personen errichtet werden.

Sind mehrere Gewerbezweige oder Betriebsarten zu einem Betriebe vereinigt, so ist nach § 19 Abs. 4 a. a. O. diejenige Ortskrankenkasse zuständig, welche für die Betriebsart errichtet ist, in der die Mehrzahl der Versicherungspflichtigen Personen beschäftigt ist.

Nach der Fassung dieser Bestimmungen ist für die Kassenzugehörigkeit einer versicherungspflichtigen Person nicht der Stand des Unternehmers, sondern die Art des Betriebes, in dem die Person beschäftigt ist, maßgebend.

Umfaßt ein Betrieb mehrere Betriebsarten, so findet § 19 a. a. O. Anwendung. Diese Bestimmung kommt dagegen nicht in Betracht, wenn zwei verschiedenartige Betriebe in der Hand eines Unternehmers vereinigt sind; dann sind die versicherungspflichtigen Personen von dem Unternehmer nicht bei einer Kasse, sondern je nach dem Betriebe, dem sie augenblicklich angehören, bei verschiedenen Kassen anzumelden.

Dieser Fall liegt hier vor.

Der Beklagte betreibt das Gewerbe eines Steinsetzmeisters und legt in dieser Eigenschaft insbesondere neue Straßen an. Zwecks Herstellung derselben ist erforderlich, daß die Wegestrecken gebaut, mit Kies beschüttet und dann die Steine eingebettet und eingerammt werden.

Dergleichen Arbeiten, wie sie zu dem Betriebe des Steinsetzergewerbes gehören, werden aber bei dem Betriebe, der den Gegenstand der von dem Beklagten übernommenen Durchbruchsarbeiten bildet, überhaupt nicht ausgeführt.

Es kann wohl keinem Zweifel unterliegen, daß die vom Beklagten ausgeführten Mauerdurchbruchsarbeiten, das Abputzen und Aufsetzen der auseinandergebrochenen Natur- und Backsteine, das Zerkleinern und Aufsetzen zerbrochener Backsteine mit dem Steinsetzergewerbe nichts zu tun hat. Ebensowenig können die von dem Beklagten übernommenen Erdarbeiten als zum Betriebe eines Steinsetzergewerbes gehörig gerechnet werden.

Es waren vom Beklagten nach dem Verdingungsanschlage zum Zwecke der Herstellung der Durchbruchsstraße von 11 000 cbm Boden aus dem Wall und Glacis zu lösen und in den Festungsgraben sauber einzubauen, die Böschungen des Auftrags in Neigung $1 : 1^1/_2$ abzugleichen und festzustampfen.

Es handelt sich somit nicht um geringfügige, bei Herstellung eines Straßenplanums auf festem Grund und Boden erforderliche Erdarbeiten, sondern um die mit der Bewegung umfangreicher Erdmassen verbundene Zuschüttung des tiefen Festungsgrabens.

Diese Arbeit muß auf die gleiche Stufe gestellt werden mit der Ausführung und Aufschüttung von Eisenbahn-, Fluß- und Straßendämmen; dergleichen Unternehmungen stehen aber in keinem Zusammenhange mit dem Steinsetzergewerbe.

An diesem Ergebnis kann auch der Umstand nichts ändern, daß der Beklagte die Zuschüttung nur an der Stelle ausgeführt hat, an die die

Digitized by Google

neue Straße kommen sollte. Denn die Aufschüttung des Straßenkörpers kann nicht als eine zur Vorbereitung der Pflasterarbeiten dienende Tätigkeit aufgefaßt werden, sondern stellt sich als ein selbständiges, vom Steinsetzergewerbe unabhängiges Unternehmen dar.

Fallen aber die vom Beklagten übernommenen Wallniederlegungs- und Abbruchsarbeiten nicht unter das Gewerbe eines Steinsetzermeisters, sondern unter das eines Bauunternehmers, so sind die von ihm in diesem Betriebe beschäftigten Arbeiter bei der Klägerin versicherungspflichtig.

(ck.) **Erbsenleserinnen sind unter Umständen weder als Heimarbeiter noch als Hausgewerbetreibende versicherungspflichtig.**

Entscheidung des **Königl. Landgerichts** in **Königsberg** vom 20. September 1911.

In der Zeit vom 3. September 1910 bis Ende Januar 1911 haben u. a. fünf Arbeiterinnen wiederholt aus dem Geschäft der klagenden Firma Quantitäten von Erbsen zum Verlesen abgeholt, dieselben zu Hause allein oder mit ihren Familienangehörigen verlesen und meistens schon am nächsten Tage der Klägerin zurückgebracht.

Auf Antrag der beklagten Krankenkasse hat der Magistrat zu K. dahin entschieden, daß die fünf Arbeiterinnen zwar nicht, wie die Beklagte annahm, als Hausgewerbetreibende, sondern nur als — unständig beschäftigte — Heimarbeiterinnen auf Grund des § 1 Ziff. 1 des Ortsstatuts der Gemeinde K. versicherungspflichtig sind. Das Amtsgericht hob jedoch diese Entscheidung auf. Hiergegen legte die beklagte Krankenkasse Berufung ein. Die Beklagte hielt die fünf Arbeiterinnen für Hausgewerbetreibende und war der Ansicht, daß dieselben auch als Heimarbeiter versicherungspflichtig seien. In dieser Beziehung machte sie noch geltend, die Klägerin nehme die etwa 100 Arbeiterinnen, die sie beschäftige, unter der Voraussetzung an, daß die sich Meldenden sich ihr solange zur Verfügung stellten, bis die ganze Ladung verlesen sei. Sie schob der klagenden Firma den Eid darüber zu, daß die fünf Arbeiterinnen in jeder Woche wenigstens drei Tage beschäftigt waren. Aus einem Schreiben der Klägerin ginge ebenfalls hervor, daß letztere mit einer Arbeitsdauer von mehr als zwei Tagen rechne. — Die Klägerin beantragte Zurückweisung der Berufung. Sie führte aus, daß die fünf Arbeiterinnen nur Heimarbeiter wären. Ihr genüge es, wenn jede der Erbsenleserinnen ein Quantum von 4—5 Zentner ablieferte, dann sei die ganze Ladung schon unter sie verteilt. Lohnlisten bezüglich der fünf Arbeiterinnen seien nicht geführt worden. — Die Berufung wurde zurückgewiesen und die Versicherungspflicht verneint. Gründe:

„Nach § 1 Ziff. 3 des Ortsstatuts in Verbindung mit § 2 Ziff. 4 KVG. sind die sogenannten Hausgewerbetreibenden versicherungspflichtig, ohne daß es auf die Dauer der Beschäftigung ankommt. Der Vorderrichter durfte deshalb sich nicht der Entscheidung der Frage entziehen, ob die fünf Arbeiterinnen als Hausgewerbetreibende oder als Heimarbeiter anzusehen sind.

Hausgewerbetreibende sind unselbständige Gewerbetreibende, die in eigenen Betriebsstätten im Auftrage oder für Rechnung anderer Gewerbetreibender mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden.

Ein Teil der gesetzlichen Begriffsmerkmale eines Hausgewerbetreibenden trifft keinesfalls auf die fünf Arbeiterinnen zu.

Denn diese Frauen, die ihren Hauptverdienst aus anderen Beschäftigungen beziehen und nur in ihren arbeitsfreien Stunden als Verleserinnen tätig sind und die das Quantum Erbsen und Bohnen mit der ausdrücklichen oder selbstverständlichen Bestimmung erhalten, dasselbe schon am nächsten Tage verlesen zurückzubringen, können weder als selbständige Gewerbetreibende noch können ihre dürftigen Wohnräume als Betriebsstätten betrachtet werden.

Aber auch als Heimarbeiterinnen unterliegen die fünf Arbeiterinnen nicht der Versicherungspflicht. Allerdings ist durch § 1 Ziff. 1 des Ortsstatuts die nach § 1 KVG. begründete Versicherungspflicht auf diejenigen Personen erstreckt, deren Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von wenigstens drei Tagen beschränkt ist. In dieser Beziehung hat nun die Beweisaufnahme erster Instanz ergeben, daß die Arbeiterinnen niemals mehr Hülsenfrüchte erhielten, als sie an einem Tage verlesen konnten, und daß sie wohl niemals drei Tage hintereinander und in der Woche nur 1 bis 2 Tage, selten 3 Tage von der Klägerin beschäftigt worden sind und von Oktober 1910 bis Ende Januar 1911 nur sehr wenig Arbeit erhalten haben.

Die Eideszuschiebung an die Klägerin, daß die fünf Arbeiterinnen in jeder Woche seit dem 3. September 1910 wenigstens drei Tage von der Klägerin beschäftigt gewesen sind, ist deshalb unzulässig (§ 446 ZPO.). Ebensowenig findet die Annahme des Magistrats, daß die Frauen an einem oder mehreren Tagen in der Woche zur Leistung der für sie bestimmten Dienste anzutreten hätten, oder die Ansicht der Beklagten, daß die Frauen sich der Klägerin, bis die einzelne Ladung zu Ende sei, zur Verfügung stellten, in dem Ergebnis der Beweisaufnahme eine Stütze. Vielmehr haben sich die Frauen, sobald sie hörten, daß bei der Klägerin eine Ladung Hülsenfrüchte zu verlesen sei, aus eigener freier Entschließung bei dieser gemeldet und um Aushändigung eines Quantums gebeten: daraus, daß sie bei der Abgabe des verlesenen Quantums sich darnach erkundigten, ob noch mehr Arbeit vorhanden sei, folgt noch nicht, daß sie von vornherein sich zum Auslesen der ganzen Ladung verpflichten wollten; jedenfalls hat die Klägerin die Uebergabe des ersten Quantums von der Abgabe einer derartigen Verpflichtungserklärung nicht abhängig gemacht. Das Gegenteil folgt auch nicht aus ihrem Brief.

Digitized by Google

Indessen kommt es darauf nicht an, ob die Klägerin ein erzwingbares Recht hatte, von den fünf Frauen die Uebernahme des Lesens zu verlangen. Denn wie die Praxis aus sozialpolitischen Erwägungen überwiegend annimmt, entscheidet für die Frage, ob die Beschäftigung auf einen Zeitraum von wenigstens drei Tagen beschränkt ist, nicht die Dauer der einzelnen Arbeitsleistung, sondern die tatsächliche Dauer des Arbeitsverhältnisses. Ein fortgesetztes Arbeitsverhältnis kann auch dann bestehen, wenn mit einer Person hintereinander mehrere Arbeitsverträge abgeschlossen worden sind.

In solchen Fällen ist aber Voraussetzung der Versicherungspflicht, daß von vornherein eine längere Beschäftigung in Aussicht genommen und diese Absicht auch irgendwie in die äußere Erscheinung getreten ist, und daß die Beschäftigung sich mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederholt hat.

Diese Voraussetzungen treffen auf die Beschäftigung der fünf Arbeiterinnen nicht zu.

Die Beklagte hat nicht behaupten können, daß die Klägerin bei der Uebergabe der ersten Quantitäten bemüht gewesen ist, die fünf Arbeiterinnen auch zum Auslesen sämtlicher künftiger Ladungen für sich zu gewinnen oder auch nur beim Eintreffen neuer Ladungen diese fünf Arbeiterinnen zur Empfangnahme von Hülsenfrüchten bestellt hat.

Es hing vielmehr ganz vom Zufall ab, ob die fünf Arbeiterinnen gerade von der Klägerin Hülsenfrüchte zum Auslesen erhielten. Denn da die Arbeiterinnen nur von dritter Seite erfuhren, daß wieder zu verlesende Hülsenfrüchte bei der Klägerin vorhanden waren, mußte es öfters vorkommen, daß die Hülsenfrüchte schon, bevor sich die fünf Arbeiterinnen meldeten, an andere Frauen verteilt waren. In solchen Fällen begaben sich die Frauen in das Kontor anderer hiesiger Firmen, um dort nach derselben Arbeit nachzufragen, da es ihnen gleichgültig war, von welcher Firma sie die Hülsenfrüchte zugewiesen erhielten.

Aus diesem Grunde und da die Quantitäten Hülsenfrüchte, die die Klägerin an die Arbeiterinnen zu verteilen in der Lage gewesen ist, in den einzelnen Monaten in ihrer Größe erheblich voneinander abweichen, die fünf Frauen im September und Oktober mehr, in den übrigen Monaten weniger oder fast gar nichts zum Auslesen erhalten haben, kann auch von einer regelmäßigen Beschäftigung keine Rede sein.

Der Vorderrichter hat deshalb zutreffend die Versicherungspflicht der fünf Arbeiterinnen verneint, so daß sich die Zurückweisung der Berufung rechtfertigt."

B. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

(P.) **Unzulässigkeit der Revision bei dem Antrage auf Erhöhung der Invalidenrente wegen des Vorhandenseins von Kindern und wegen Anrechnung von Militärdienstzeiten.**

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 23. Oktober 1912.

Der Kläger begehrt zunächst den Kinderzuschuß zu der ihm zuerkannten Invalidenrente. Wie schon der Wortlaut des § 1291 RVO. ergibt, stellt der Kinderzuschuß nicht etwa eine besondere Art von Rente, sondern lediglich eine Erhöhung der Invalidenrente dar. Dies wird auch dadurch zum Ausdruck gebracht, daß die Vorschrift des § 1291 a. a. O. in den Abschnitt IX des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung — der die Ueberschrift trägt: „Berechnung der Versicherungsleistungen" — eingereiht ist. Hieran wird nichts geändert durch den Umstand, daß in § 1396 RVO. (Bildung der Gemeinlast) die Bezeichnung „Zuschüsse für Kinderrenten (§ 1291)" gebraucht wird. Der ausdrückliche Hinweis auf § 1291 im § 1396 läßt klar erkennen, daß damit nicht etwa ein anderer rechtlicher Charakter diesem Zuschuß zur Invalidenrente aufgeprägt werden sollte. Handelt es sich also bei dem Anspruch auf den Kinderzuschuß lediglich um Erhöhung der Invalidenrente, so ist hier der Streitgegenstand die Höhe der Rente. Demzufolge ist aber die Revision gemäß § 1696 Nr. 1 RVO. unzulässig (zu vgl. auch Arb.-Versorgg. 1912 S. 487).

Was nun den weiteren Anspruch des Klägers auf Anrechnung von Militärdienstzeiten anlangt, so könnte es sich fragen, ob hier nicht streitig ist, inwieweit die Militärdienstzeit eine versicherungspflichtige Beschäftigung unterbrochen hat und inwieweit sie in Erfüllung der Wehrpflicht zurückgelegt ist. Es kommt aber bei der Frage der Zulässigkeit der Revision nur auf den Gegenstand des mit diesem Rechtsmittel verfolgten Anspruchs an, also entscheidet nicht das zugrunde liegende Rechtsverhältnis, sondern das Ergebnis, daß der Kläger mit der Geltendmachung des Anspruchs auf Anrechnung der Militärdienstzeit bezweckt. Dies kann aber im vorliegenden Falle nur die Erhöhung der Rente sein. Demnach ist der eigentliche Streitgegenstand auch in diesem Falle die Höhe der Rente. Die Revision ist also nach § 1696 Nr. 1 a. a. O. ebenfalls ausgeschlossen.

Digitized by Google

C. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Kündigung aus wichtigem Grunde; Berücksichtigung späterer Vorgänge; Schadenersatz (§§ 626, 628 Abs. 2 BGB.)

Nach einem Urteile des **Reichsgerichts**, 3. Zivilsenats vom 29. Oktober 1912.

In der Erklärung des Dienstpflichtigen, daß er seine Tätigkeit unter Vorbehalt seiner Rechte einstelle, ist eine endgültige Kündigung des Dienstverhältnisses zu erblicken (§ 133 BGB). Das Berufungsgericht erkennt zwar an, daß die Erklärung des Dienstpflichtigen, er stelle seine Tätigkeit ein, regelmäßig den Willen der endgültigen Lösung des Dienstverhältnisses zum Ausdruck bringe; denn es sagt, die Einstellung der Dienste seitens des zu Dienstleistungen Verpflichteten bedeute nicht unter allen Umständen die endgültige Lösung des Dienstverhältnisses. Es erblickt aber in der Erklärung des Klägers eine Kündigung deshalb nicht, weil der Kläger sich selbst über die fernere Gestaltung seines Dienstverhältnisses nicht klar gewesen sei. Diese Unklarheit kann nur darin bestanden haben, daß der Kläger nicht wußte, ob nicht vielleicht die Beklagte ihm kündigen werde. Dieser Umstand zwingt aber nicht dazu, in der Erklärung des Klägers nur die Erklärung einer vorläufigen Einstellung seiner Tätigkeit bis zur Klärung der Sachlage zu erblicken. Kläger konnte sehr wohl auch mit einer Kündigung seinerseits der erwarteten Kündigung der Beklagten zuvorkommen wollen. Die Auslegung des Berufungsgerichts wäre nur gerechtfertigt, wenn aus der Erklärung des Klägers selbst sich irgend etwas dafür entnehmen ließe, daß sie mit Rücksicht auf die Unklarheit der Verhältnisse als eine nur vorläufige gelten solle. Sie ist aber vorbehaltslos abgegeben und sagt unbedingt endgültig, daß Kläger seine Tätigkeit einstelle. Der Vorbehalt der Ansprüche steht mit dem Willen endgültiger Lösung des Dienstverhältnisses nicht im Widerspruche; denn auch für den Kündigenden können trotz der Aufhebung des Dienstverhältnisses Ansprüche bestehen, so insbesondere auf Schadenersatz, wenn die Kündigung durch vertragswidriges Verhalten des anderen Teiles veranlaßt ist (§ 628 Abs. 2 BGB.). Bei Prüfung dieser Frage ist zugleich das Verhalten des Kündigenden nach der Richtung zu würdigen, ob er seinerseits durch vertragswidriges Verhalten das Verhalten des anderen Teils veranlaßt hat.

Auch Vorgänge, die nach der Kündigung liegen, sind für die Frage, ob eine Schadenersatzpflicht besteht, in Betracht zu ziehen. Wenn die späteren Vorgänge den Kläger zu der Kündigung auch nicht veranlaßt haben können, so sind sie doch nicht ohne Bedeutung, ebenso wie bei Beantwortung der Frage, ob für eine Kündigung wichtige Gründe vorgelegen haben (§ 626 BGB.), auch nach der Kündigung eingetretene Umstände zu berücksichtigen sind. Sollte sich der Beklagte nach der Kündigung des Klägers gröbliche Ehrverletzungen des Klägers haben zuschulden kommen lassen, so könnte jedenfalls von da an eine Tätigkeit im Dienste des Beklagten dem Kläger nicht mehr zugemutet werden, und seine Kündigung erschiene jedenfalls von da an als durch schuldhaft vertragswidriges Verhalten der Gegenseite gerechtfertigt.

(„Das Recht" 1913, Entsch. Nr. 3, 33, 44.)

D. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 11. Januar 1913 betreffend den Vollzug der §§ 3, 200 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

1. Die Beiträge für die Angestelltenversicherung von Deutschen, die bei einer amtlichen Vertretung des Reichs oder eines Bundesstaats im Ausland oder bei deren Leitern oder Mitgliedern beschäftigt sind, können nach vorheriger Anzeige bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf statt am Schlusse des Monats, am Schlusse des Kalendervierteljahrs entrichtet werden.

2. Die Beiträge sind spätestens bis zum fünfzehnten Tage des auf den Beitragsmonat oder das Kalendervierteljahr folgenden Monats portofrei an die Reichsversicherungsanstalt abzusenden.

3. Der Arbeitgeber hat für die Beschaffung der Aufnahmekarte und der Versicherungskarte zu sorgen. Ausgabestelle für die Karten ist bei Personen, die bei einer amtlichen Vertretung des Reichs oder bei deren Leitern oder Mitgliedern beschäftigt sind, die für Berlin eingerichtete Ausgabestelle, bei Personen, die bei einer amtlichen Vertretung eines Bundesstaats oder bei deren Leitern oder Mitgliedern beschäftigt sind, die für die Hauptstadt des Bundesstaates eingerichtete Ausgabestelle.

In der Versicherungskarte hat der Arbeitgeber sofort nach der Absendung des Beitrags handschriftlich oder durch Stempel den jeweiligen Beitragsmonat oder das Kalendervierteljahr, den fälligen Beitrag und bei jedem Beitrag seinen Namen einzutragen.

4. Die im § 181 Abs. 2, 3 des Gesetzes vor-

Digitized by Google

gesehenen Uebersichten und Veränderungsanzeigen sind von dem Arbeitgeber der Reichsversicherungsanstalt einzureichen.

5. Der Arbeitgeber darf die aus der Entrichtung der Beiträge für ihn erwachsenden Pflichten einem im Inland wohnhaften Stellvertreter übertragen. Namen und Wohnort des Stellvertreters hat er der Reichsversicherungsanstalt anzuzeigen.

6. Soweit im vorstehenden nichs anderes bestimmt ist, gelten für die Entrichtung der Beiträge die Vorschriften des Gesetzes.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Reichsversicherungsamt und Reichsversicherungsanstalt.

Es empfiehlt sich, alle Beteiligten, insbesondere auch die Arbeitgeber versicherter Angestellten, auf die Notwendigkeit hinzuweisen, den durch die Ueberschrift angedeuteten Unterschied allgemein zu beachten. Das Reichsversicherungsamt ist die oberste Behörde der allgemeinen Arbeiterversicherung, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte — dies ihre volle Bezeichnung — die zentrale Behörde der neben jener neugeschaffenen besonderen Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversicherung für die Privatangestellten. Vor allem in der dem Arbeitgeber obliegenden Beitragsentrichtung wird die genaue Unterscheidung unerläßlich sein. Beiträge zur Angestelltenversicherung an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zu leisten und in der Regel mit der roten Zahlkarte oder dem roten Ueberweisungsabschnitt, die bei jedem Postamte erhältlich sind, auf das Konto der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beim Postscheckamte Berlin zu zahlen, während für die allgemeine Alters- und Invaliditätsversicherung, deren zentrale Stelle das Reichsversicherungsamt ist, nach wie vor das bekannte Beitragsverfahren durch Verwendung von Beitragsmarken der einzelstaatlichen und provinzialen Landesversicherungsanstalten bestehen bleibt. Gleich den Beitragsschecks wird der gesamte briefliche Verkehr mit der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193/195 zur Vermeidung von Irrtümern, Fehlleitungen und möglicherweise lästigen Mahnungen der Beteiligten tunlichst genau zu adressieren sein.

Gründung eines Heims für Invaliden.

Am 29. Januar d. J. fand in Darmstadt eine Besprechung wegen Gründung einer Landkolonie für Unfallverletzte und Invaliden statt. Es sind eine Anzahl Aerzte, Vorstände und Geschäftsführer von Unfallberufsgenossenschaften und sonstige auf dem Gebiete des Unfallversicherungswesens hervorragende Personen geladen worden. Einen sehr erfreulichen Anfang hat die Angelegenheit schon dadurch genommen, daß von dem bekannten Großindustriellen v. Wülfing in Berlin ein Kapital von 50000 M. für diesen Zweck gespendet worden ist.

(Kl.) Mutterschaftsfürsorge.

Der deutsche Bund für Mutterschutz hat den gesetzgebenden Stellen des Reiches eine Petition zugehen lassen. Er wünscht eine Ausgestaltung der Reichsversicherungsordnung. Im besonderen wird gefordert: Erhöhung des Wochengeldes auf den Betrag des vollen Lohnes; freie Hebammendienste, freie ärztliche Behandlung bei der Geburt und Schwangerschaftsbeschwerden, Stillgelder in der Höhe des halben Wochenlohnes und Schwangerengelder als Regelleistungen der Kassen; Gewährung der vollen Wochenhilfe an die weiblichen Mitglieder aller Kassenarten; Gewährung freier Hebammendienste, freier ärztlicher Behandlung bei der Geburt und Schwangerschaftsbeschwerden, sowie Stillgelder in Höhe des halben ortsüblichen Tagelohnes für weibliche Personen an die versicherungsfreien Ehefrauen der männlichen Kassenmitglieder.

Die umfangreiche Begründung der Petition weist auf die Zunahme der Frauenarbeit und der Säuglingssterblichkeit hin. Die Bevölkerungsstatistik weist, so heißt es weiter, andauernd einen starken Geburtenrückstand auf. Im Jahre 1876 kamen noch 42,6 Geburten auf 1000 Einwohner, im Jahre 1890 betrugen die Geburten nur 38,3 auf 1000 Einwohner, sie fielen auf 33,2 im Jahre 1907 und auf 30,7 im Jahre 1910. In diesem Jahre läßt sich auch eine wesentliche absolute Abnahme feststellen, indem zum erstenmal seit 13 Jahren die Zahl der Geburten im Deutschen Reiche weniger als zwei Millionen betrug. Nur die Unehelichen weisen keinen Geburtenrückgang auf; dafür betrug ihre Sterblichkeit im Jahre 1910 25,7 % gegen die Gesamtsterblichkeit von 15,2 % für das Reich. Da eine wirksame Abhilfe durch irgendwelche gesetzliche oder andere direkte Maßnahmen nicht möglich ist, so ist es erhöhte Pflicht, alles zu tun, um wenigstens das, was geboren wird, gesund und dauernd lebensfähig zu erhalten. Im Augenblick dürfte leider kaum an eine entsprechende Aenderung der Reichsversicherungsordnung zu denken sein.

Mindestzahl von „Kassenmitgliedern".

Die in Nr. 2 S. 32 ff. unter dieser Ueberschrift veröffentlichten Ausführungen von Dr. Halbach, Essen, haben die Wirkung gehabt, daß der Erlaß des preuß. Ministeriums für Handel und Gewerbe vom 4. November 1912 in dem Sinne des Artikels geändert worden ist durch den Erlaß vom 15. Januar 1913 (Ministerialblatt der Handels- und Gewerbeverwaltung Nr. 3 S. 43). Bei Ermittlung des Durchschnitts der Mitgliederzahl nach den Jahren 1910, 1911 und 1912 für die Zulassung bestehender Ortskrankenkassen und Betriebskrankenkassen sind also nicht nur die Pflichtmitglieder, sondern auch die freiwilligen Mitglieder mitzuzählen.

Sprechsaal.

Kosten der Oberversicherungsämter für das zweite Halbjahr 1912.

Von dem Herrn Vorsitzenden des Oberversicherungsamts in Hamburg erhalten wir folgende Zuschrift: „Die Redaktion gestatte ich mir darauf aufmerksam zu machen, daß die in Nr. 3 der Arb.-Versorgg., S. 72 unter Nr. 9 erteilte Auskunft betreffend die Kosten der Oberversicherungsämter nicht zutreffend sein dürfte. Nach der dort vertretenen Auffassung sollen die seit Errichtung der Oberversicherungsämter auf dem Gebiete

Digitized by Google

der Unfallversicherung bis zum 31. Dezember 1912 entstandenen gemeinsamen Kosten (die sogenannten Kosten der Gerichtshaltung nicht mehr wie früher anteilig auf die in Betracht kommenden Versicherungsträger nach Maßgabe der erledigten Sachen umzulegen sein, sondern es soll für jede anhängig gewordene Sache der auf 16 M. festgesetzte Pauschbetrag eingefordert werden.

Durch diese diesseitigem Erachten nach nicht zutreffende Veröffentlichung dürfte möglicherweise in die Kreise der beteiligten Versicherungsträger eine bedenkliche Unsicherheit über die Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, welche die Kostenfrage zum Gegenstand haben, hineingetragen werden, und es steht vielleicht zu erwarten, daß die Oberversicherungsämter bei ihrer demnächstigen Kostenverteilung daher auf vielfachen Widerspruch stoßen werden.

Schon von ganz allgemeinen Gesichtspunkten aus betrachtet, würde die Auslegung der Kostenfrage wie sie in Nr. 3 der Arb.-Versorgg. gegeben ist, keinerlei innere Berechtigung haben, denn eine Verpflichtung der betreffenden Bundesstaaten zur Errichtung von Oberversicherungsämtern zwecks Erfüllung der Obliegenheiten, welche das erst am 1. Jannar 1913 in Kraft getretene Buch III. der Reichsversicherungsordnung (Unfallversicherung) ihnen zuweist, schon vor dem 1. Januar 1913 bestand keineswegs, mithin besteht auch keinerlei Verpflichtung, die sich aus der Errichtung ergebenden hohen Kosten schon vor dem Zeitpunkt, zu welchem sie spätestens zu errichten waren, zu übernehmen.

Offenbar hat sich der Verfasser irreleiten lassen durch den Wortlaut des § 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 22. Dezember 1911, nach welchem es im Eingang heißt, daß bis zur Errichtung der Oberversicherungsämter die Kosten der Schiedsgerichte nach den bisher geltenden Vorschriften getragen werden. Er hat daraus vermutlich geschlossen, daß nach der Errichtung demgemäß die neuen Vorschriften des § 80 RVO. anzuwenden seien, dabei aber übersehen, daß dies nach der sinngemäßen Auslegung des § 2 Ziff. 4 der zitierten Bekanntmachung nicht möglich ist, weil neben der Zahlung von Pauschbeträgen nicht eine Erstattung von Verfahrenskosten (Gutachtengebühr usw.), wie solches auch in Nr. 10 der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts von 1912, Ziff. 1648 S. 948, ausdrücklich ausgesprochen ist, erfolgen kann.

Bis zum 1. Januar 1913 bewendet es demnach bei dem bisherigen Verfahren."

Wir haben dieser Zuschrift gern Raum gegeben, um den Beteiligten selbst die Erwägung der gegen unsere Auffassung erhobenen Bedenken zu ermöglichen, und möchten nur darauf hinweisen, daß jedenfalls das, was gegen die innere Berichtigung unserer Auslegung vorgebracht ist, nicht als schlüssig gelten kann. Wenn für die Bundesstaaten keine Verpflichtung bestand, die Oberversicherungsämter schon vor dem 1. Januar 1913 als Behörden für Unfallversicherungssachen einzurichten, so kann daraus allein nimmermehr gefolgert werden, daß für die Bundesstaaten, auch wenn sie die Aemter schon vorher dafür errichteten, keine Verpflichtung bestehe, die Kosten schon vor jenem Zeitpunkt zu übernehmen. Es muß im Gegenteil so geschlossen werden: Die Bundesstaaten konnten die Einrichtung der Oberversicherungsämter für Unfallversicherungssachen und folglich die damit nach § 80 RVO. verbundene Kostenlast hinausschieben; wenn sie aber diese Einrichtung schon vorher schufen, so übernahmen sie durch diesen in ihr freies Ermessen gestellten Akt auch die davon untrennbare Kostenlast.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber der Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Erlöschen freiwilliger Mitgliedschaft durch Zahlungsverzug; Anwendung des § 54a KVG.

1. Nach Eberswalde. Antwort: Bei der Frage, ob die freiwillige Mitgliedschaft durch Zahlungsverzug verwirkt ist, kommt es nicht auf die Zahl der Wochen, für die der Beitrag rückständig ist, sondern darauf an, ob die Beitragsleistung an zwei aufeinanderfolgenden Zahlungsterminen (Zahltagen) versäumt ist, und hierbei hat die Zeit, für welche das erwerbsunfähige Mitglied gemäß § 54a KVG. Beiträge nicht zu entrichten hatte, selbstverständlich außer Betracht zu bleiben. Vgl. Sächs. OVG. in Arb.-Versorgg. 1910 S. 685.

Schachtmeister als Akkordant, nicht Selbstunternehmer; Meldepflicht (§§ 49, 82a KVG.).

2. Nach Frankfurt a. O. Antwort: Der Schachtmeister, der in Guben seinen festen Wohnsitz hat, vorübergehend aber sich in Frankfurt aufhält um dort die im Akkord übernommenen Erdarbeiten im Auftrag einer Berliner Firma auszuführen, ist Aufsichtsbeamter dieser Unternehmerin, nicht Selbstunternehmer (vgl. Handb. der Unf.Vers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 369). Er stellt die Arbeiter zwar nach freiem Ermessen an, aber im Auftrage der Firma und empfängt von ihr die zu zahlenden Arbeitslöhne in dem mit ihm vereinbarten Akkordlohn. Versicherungsort ist danach, da die Firma derartige Arbeiten an wechselnden Orten ausführen läßt, gemäß § 5a Abs. 1 KVG. Berlin. Dort sind daher die Arbeiter anzumelden, und zwar eigentlich durch die Firma selbst; es wird aber wohl nach den Umständen angenommen werden müssen, daß die Meldepflicht gemäß § 82a KVG. auf den Schachtmeister übertragen ist.

Versicherungsfreiheit von Kassenangestellten nach dem Gesetz über die Angestelltenversicherung.

3. Nach Aachen. Antwort: Wenn dem Angestellten eine Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente im Sinne des § 9 AVG. gewährleistet ist, so ist er versicherungsfrei. Daran kann der Umstand nichts ändern, daß die Kasse, bei der er angestellt ist, eine Ortskrankenkasse ist, die zum Fortbestehen über Ende 1913 hinaus der Zulassung nach § 240 ff. RVO., Art. 17 ff. Einf.Ges. bedarf, und daß diese Zulassung zwar beantragt, aber einstweilen noch nicht ausgesprochen ist. Es kann unmöglich Sache der Instanzen der Angestelltenversicherung sein, den voraussichtlichen Erfolg des Zulassungsantrags abzuschätzen und im Hinblick auf die bloße Möglichkeit eines Mißerfolgs die Versicherungsfreiheit zu verneinen. Es genügt, daß die Kasse einstweilen besteht und daß ihr Eingehen in absehbarer Zeit nicht feststeht. Ueberdies käme doch auch im Falle der Schließung § 305 Abs. 2 mit § 290 RVO. in Betracht, wonach dem Beamten seine Ansprüche weiterhin gewährleistet bleiben (Arb.-Versorgg. 1912 S. 712 Ziff. 14, 735 Ziff. 7).

Errichtung und Ausgestaltung allgemeiner Ortskrankenkassen in einem Landkreise.

4. Nach B. Antwort: Durch den Min.Erl. vom 4. November 1912 Ziff. I 3 sind die Oberversicherungs-

Digitized by Google

ämter allerdings angewiesen, die Gemeindeverbände aufzufordern, die Beschlüsse über Errichtung der Kassen bis zum 1. Februar 1913 einzureichen; wird dem nicht entsprochen, so ist die Errichtung bis zum 1. April anzuordnen (§§ 231, 232 RVO.). Das Oberversicherungsamt könnte also, wenn die Frist zum 1. Februar 1913 nicht eingehalten wird, sofort bestimmen, ob für den Kreis nur eine allgemeine Ortskrankenkasse oder mehrere errichtet werden sollen. Da aber für die Errichtung noch Frist bis zum 1. April 1913 gewährt werden muß, so kann unseres Erachtens die Anordnung des Oberversicherungsamts einstweilen auch dahin ergehen, daß dem Kreistage noch eine Nachfrist über den 1. Februar hinaus zu seiner freien Entschließung gelassen wird. Hat dagegen das Oberversicherungsamt zugleich bestimmte Weisungen über die Bezirke der neuen Kassen, so sind diese auf Grund des § 232 für den Kreistag verbindlich. Von solchen Weisungen abgesehen, ist der Kreistag gemäß §§ 226, 231 RVO. und Bekanntmachung vom 7. Dezember 1911 befugt, für den Landkreis sowohl die Errichtung einer einzigen als auch mehrerer allgemeinen Ortskrankenkassen und folglich (da die Ausgestaltung nach Art. 15 Einf.Ges. an die Stelle der Errichtung tritt) ebenso die Ausgestaltung der für Bezirksteile bestehenden Kassen und die Errichtung einer neuen Ortskrankenkasse nur für den Rest des Bezirks zu beschließen.

Ersatzanspruch wegen Beschädigung durch minderjährige Kinder.

5. Nach Jena. Antwort: § 828 Abs. 2 BGB. käme nur in Frage, wenn es sich darum handelte, die Kinder selbst (sofern sie eigenes Vermögen hätten) in Anspruch zu nehmen. Der Vater aber oder, wenn er nicht mehr lebt, die Mutter ist allerdings grundsätzlich ersatzpflichtig; die Ersatzpflicht tritt jedoch dann nicht ein, wenn die Eltern ihrer Aufsichtspflicht genügt haben oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde (§ 832 BGB.).

Die Wirkungen der Schließung einer Krankenkasse bestimmen sich schon jetzt nach der Reichsversicherungsordnung.

6. Nach Arnstadt. Antwort: Ihre Auffassung ist irrig. Durch Art. 1 der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 sind die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Auflösung und Schließung von Krankenkassen bereits in Kraft gesetzt. Das bezieht sich nicht nur auf die Voraussetzungen, sondern auch auf die Wirkungen der Auflösung oder Schließung (vgl. Hahn in Arb.-Versorgg. 1912 S. 529), also auch auf den Mitgliederübergang. Die Mitglieder der aufgelösten Betriebskrankenkasse, welche der zuständigen Ortskrankenkasse zugewiesen werden, setzen daher bei dieser ihr bisheriges Versicherungsverhältnis unmittelbar fort (§ 300 RVO.). Das bedeutet namentlich auch, daß ihnen die bisherige Kassenzugehörigkeit auf die im Statut der Ortskrankenkasse vorgesehene Wartezeit angerechnet werden muß (Hahn, Handb. der KrankenVers. S. 388 Anm. 1 und 3 zu § 289).

Ordentlicher Rechtsweg und Verwaltungsstreitverfahren.

7. K. Y. Z. Antwort: Sie gehen in Ihren Bemerkungen zu unserer Auskunft in Nr. 3 S. 71 Ziff. 2 von irrigen Annahmen aus. Daß der Fall erst nach Abweisung durch das ordentliche Gericht Armenpflegefall werde, ist eine recht verkehrte Auffassung. Ein Armenpflegefall liegt vor, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür bei seinem Eintritt tatsächlich gegeben sind. Das Gerichtsurteil kann nur möglicherweise feststellen, daß diese Voraussetzungen gegeben waren, aber es hat auch nicht einmal diese Aufgabe, sondern es hat nur auszusprechen, daß die Voraussetzungen des bei ihm erhobenen Anspruchs (Geschäftsführung ohne Auftrag) nicht gegeben sind. Das Gericht hätte, wenn inzwischen fürsorglich das Verwaltungsstreitverfahren beschritten worden wäre, seine Entscheidung nach § 148 ZPO. aussetzen können. Für das Verwaltungsstreitverfahren fehlt eine entsprechende Bestimmung; daraus folgt aber nicht die Unzulässigkeit dieser Maßnahme, die doch auf Klärung der Rechtslage und auf Vermeidung widersprechender Urteile abzielt, zumal wenn die Parteien zugestimmt hätten. Schlimmstenfalls wären eben beide Prozesse nebeneinander hergegangen. Von einem Einwande der Rechtshängigkeit, der nicht nur Identität des Gegenstandes, sondern auch des Rechtsgrundes voraussetzt, konnte nicht die Rede sein. Aber ohne Aussetzung des einen oder anderen Verfahrens wäre die Gefahr eines positiven oder negativen Konfliktes der beiden Entscheidungen größer gewesen.

Kein Anspruch des Armenverbandes auf Angehörigenunterstützung aus § 7 Abs. 2 KVG.

8. Nach Duisburg. Antwort: Das Krankengeld aus § 7 Abs. 2 KVG ist nur zu zahlen, wenn die Kasse selbst die Krankenhauspflege angeordnet hat oder — was dem gleichsteht — die von anderer Seite eingeleitete Krankenhauspflege als für ihre Rechnung gewährt anerkennt. Liegt dieser Fall nicht vor, so kann der Armenverband auf Grund des § 57 KVG. (§ 62 UVG.) mehr als das anderthalbfache Krankengeld nur insoweit fordern, als er nachweist, daß speziell die durch ärztliche Behandlung und Heilmittel erwachsenen Kosten das halbe Krankengeld übersteigen.

Regelung der Markenverwendung durch die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse.

9. D. K. 100. Frage: Ist die Aufsichtsbehörde berechtigt, einer Krankenkasse, welche Einzugsstelle für die Invalidenversicherung ist, für das Einkleben der Beitragsmarken, wenn Vierteljahrsmarken verwandt werden, einen bestimmten Termin vorzuschreiben, insbesondere wenn dieser Termin so kurz bemessen ist, daß er praktisch gar nicht durchführbar ist und ganz erheblich in die regelmäßige Verwaltung der Kasse eingreift?

Antwort: Die §§ 1428, 1429 RVO. gelten nur für die Beitragsentrichtung durch den Arbeitgeber. Beim Einzugsverfahren kann nur die oberste Verwaltungsbehörde die Markenverwendung näher regeln (§ 1453 Abs. 1). Wo dies, wie in Preußen, nicht geschehen ist, gilt die Regel des § 1453 Abs. 2, wonach die Beiträge zur Invalidenversicherung gleichzeitig mit denen zur Krankenversicherung an den nach § 52 KVG. bestimmten Terminen einzuziehen sind (vgl. Begr. zum § 149 IVG. S. 341). Für die eingezogenen Beiträge sind Marken einzukleben (§ 1453 Abs. 2 Satz 3), d. h. alsbald nach der Einziehung. Die Verwendung von Vierteljahrsmarken durch die Kasse ist also unzulässig, und die Aufsichtsbehörde, die nach § 45 Abs. 1 KVG. die Befolgung auch dieser gesetzlichen Vorschriften zu überwachen hat, ist befugt, darauf zu dringen, daß die Kasse ohne ungerechtfertigten Verzug die Marken immer alsbald nach der Erhebung der Beiträge verwendet.

a) Beitragsfreiheit der Wöchnerin nach § 54a KVG., auch wenn sie arbeitet. b) und c) Anrechnung des Krankengeldes auf Lohn.

10. Nach Braunschweig. Antwort: a) Solange die Wöchnerin Anspruch auf Wochengeld hat, ist sie nach § 54a KVG. beitragsfrei, weil sie als erwerbsunfähig gilt, auch wenn sie tatsächlich Arbeit leistet.

b) Der Handlungsgehilfe ist nicht verpflichtet, sich auf den im Krankheitsfalle fortdauernden Lohnanspruch das Krankengeld anrechnen zu lassen; eine abweichende Vereinbarung ist nichtig (§ 63 Abs. 2 Handelsgesetzb.). Ob das Krankengeld aus pflichtmäßiger oder freiwilliger Versicherung bezogen wird, macht keinen Unterschied.

c) Diese Vorschrift gilt außer für Handlungsgehilfen nur noch für Handlungslehrlinge (§ 76 HGB.). Für

Digitized by Google

andere Angestellte gelten ähnliche Vorschriften nach § 133c Gew Ordg. und § 616 BGB., jedoch mit der Maßgabe, daß der Angestellte sich das Krankengeld anrechnen lassen muß.

§ 52 Abs. 1 Satz 4 KVG. gilt nicht für freiwillige Mitglieder.

11. Nach Gießen. Antwort: Die Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge bis zur Abmeldung gilt nur für Versicherungspflichtige. Die Mitgliedschaft eines Versicherungsberechtigten erlischt, wenn er in ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis eintritt, durch das er Pflichtmitglied einer anderen Kasse wird (§ 19 Abs. 3, § 27 KVG.). Beiträge, die er darüber hinaus gezahlt hat, sind ihm zurückzuzahlen.

Tagegelder und Reisekosten der Kassenangestellten und Vorstandsmitglieder.

12. Nach Berlin. Frage: Sind die Vorstandsmitglieder bzw. der Geschäftsführer als Verwaltungsbeamter der Krankenkasse berechtigt, zur Besichtigung von außerhalb belegenen Sanatorien Tagegelder und Reisekosten zu liquidieren und in welcher Höhe? Wir sind der Ansicht, daß hier der § 34a Abs. 1 KVG. sinngemäß Anwendung findet.

Antwort: Für die Vorstandsmitglieder ist unbedingt § 34a Abs. 1 KVG. anwendbar. Sie können also nur angemessene Barauslagen fordern und darüber hinaus, nur wenn das Statut es vorsieht, auch eine Entschädigung für Zeitverlust und entgehenden Arbeitsverdienst. Für den Geschäftsführer aber gilt § 34a nicht. Sein Anspruch richtet sich in erster Reihe nach seinem Vertrage; wenn aber dieser über Fälle dieser Art nichts bestimmt, so ist ihm gemäß § 612 Abs. 1 mit §§ 315 ff. BGB. eine billige Vergütung nach pflichtmäßigem Ermessen des Vorstandes zu gewähren.

Arbeitgeber können sich in ihren Aufgaben als Mitglieder der Kassenorgane nicht vertreten lassen.

13. Nach W. Antwort: Arbeitgeber können sich nach näherer Vorschrift des § 38a KVG. allerdings in der Generalversammlung vertreten lassen und zu Mitgliedern der Organe Geschäftsführer oder Betriebsbeamte wählen. Eine Vertretung der gewählten Mitglieder der Generalversammlung oder des Vorstandes findet aber nicht statt § 38a Abs. 2 Satz 2). Es ist also unzulässig, daß ein Vorstandsmitglied bei der Kassenrevision oder ein in den Rechnungsausschuß gewählter Arbeitgeber bei der Prüfung der Jahresrechnung sich vertreten läßt.

Auflösung einer Betriebskrankenkasse.

14. Nach E. Antwort: Auf die Auflösung einer Krankenkasse finden schon jetzt die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung Anwendung (Art. 1 der Verordg. vom 5. Juli 1912, Arb.-Versorgg. 1912 S. 489). Nach § 272 RVO. kann eine Betriebskrankenkasse auf Antrag des Arbeitgebers aufgelöst werden, wenn der Ausschuß — bis zum 31. Dezember 1913 die Generalversammlung — zustimmt. Der Antrag ist an das Versicherungsamt zu richten; den Beschluß faßt dann das Oberversicherungsamt nach freiem Ermessen (§§ 280 bis 284). Aus den von Ihnen angegebenen Gründen wird voraussichtlich kein Bedenken bestehen, dem Antrage stattzugeben, obwohl die Kasse erst seit kurzem besteht.

Keine neue Meldepflicht des Arbeitgebers bei Ueberweisung von Versicherungspflichtigen an eine andere Kasse nach § 57b KVG.

15. Nach K. Antwort: Die Entscheidung aus § 57b KVG. hat die Bedeutung, daß das bisherige Versicherungsverhältnis bei der einen Kasse endet und ein neues bei der anderen Kasse beginnt (vgl. Hahn Anm. 3 zu § 57b KVG.). Das Beschäftigungsverhältnis zwischen dem Arbeitgeber und seinen Arbeitern wird aber dadurch in keiner Weise berührt. Eine Aenderung dieses Verhältnisses, die nach § 49 KVG. anzumelden wäre, liegt nicht vor. Der Arbeitgeber, der die Versicherungspflichtigen bei der Kasse, der sie bisher anzugehören hatten, angemeldet hat, kann daher nicht verpflichtet sein, sie infolge der Entscheidung nochmals anzumelden. Es wird vielmehr Sache der alten Kasse sein, der neuen die erforderlichen Nachweise zu geben; hierzu wird sie nötigenfalls im Aufsichtswege anzuhalten sein. Denn wir halten es, auch ohne ausdrücklichen Ausspruch im Gesetz, für eine aus den öffentlich-rechtlichen Aufgaben folgende Pflicht der Kasse, in dieser Weise zur Ueberführung der bisher bei ihr Versicherten in das neue gesetzliche Versicherungsverhältnis mitzuwirken.

Stützkorsett, als Heil- oder Hilfsmittel, ist im Rahmen der Krankenhauspflege von der Kasse ohne Rücksicht auf die Kosten zu gewähren.

16. Nach Königsberg Nm. Antwort: Auch ein Stützkorsett kann, je nach Umständen, ein eigentliches Heilmittel sein (vgl. Entsch. des Bad. VGH. in Arb.-Versorgg. 1898 S. 43), insbesondere aber als ein Mittel „zur Herstellung oder Erhaltung der Erwerbsfähigkeit nach beendetem Heilverfahren" im Sinne Ihres Statuts in Betracht kommen und erforderlich sein. Ist das eine oder der andere der Fall, was nach ärztlichem Gutachten festzustellen ist, so muß die Kasse im Rahmen der von ihr bewilligten Krankenhauspflege die Kosten des Mittels tragen, auch wenn sie über den Betrag der Kosten kleiner Heilmittel hinausgehen. Die Frage ist allerdings streitig; wir halten aber die Ansicht von Hahn und Rosin gegen Hoffmann für richtig aus den besonders in Arb.-Versorgg. 1910 S. 166 dargelegten Gründen.

a) Versicherungsort der außerhalb des Betriebssitzes zu einer einzelnen Arbeit angenommenen Arbeiter. b) Keine Aufrechnung rückständiger Beiträge eines früheren Arbeitgebers auf Ansprüche aus seiner Kassenmitgliedschaft.

17. Nach Z. Antwort: a) Es handelt sich um eine alte Streitfrage, auf welche die Entsch. des Preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 1912 S. 554 keinen Bezug hat. Die herrschende Ansicht ist die, daß die Arbeiter, welche ein von der Maschinenfabrik zur Aufstellung einer Maschine außerhalb ihres Betriebssitzes entsandter Monteur an Ort und Stelle annimmt, nicht dort, sondern gemäß § 5a Abs. 1 KVG. am Betriebssitze der Fabrik versichert sind. Vgl. namentlich Entsch. des Reichsgerichts 34 S. 131, Arb.-Versorgg. 1895 S. 189 und Hahn Anm. 1c zu § 5a KVG. (Anders künftig nach der Reichsversicherungsordnung § 155 Abs. 1 verglichen mit Abs. 4).

b) Beiträge, die das jetzige Kassenmitglied in seiner früheren Eigenschaft als Arbeitgeber schuldig geblieben ist, können nicht aufgerechnet werden gegen Unterstützungsansprüche auf Grund der jetzigen Mitgliedschaft. Vgl. Entsch. des Reichsgerichts 66 S. 84 ff. und Bescheid des Reichsversicherungsamts 1863 Amtl. Nachr. 1901 S. 399, auch Arb.-Versorgg. 1908 S. 203, 389. Die ältere Auskunft in 1900 S. 456 kann demgegenüber nicht aufrecht erhalten werden.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel (in Vertretung), Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel (in Vertretung).

XXX. Jahrgang. **21. Februar 1913.**

Redaktion:	**Nr. 6.**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Der Jahresarbeitsverdienst nach den für die gewerbliche Unfallversicherung geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

Von Versicherungstechniker **J. Ecthal** in München.

(Schluß.)

Ueber den Begriff

„gleichartiger Arbeiter",

den die Reichsversicherungsordnung zur Verhütung von Unbilligkeiten, — daß nicht ein teilweise schon erwerbsunfähiger Arbeiter, der etwa nur einen Tag in dem Betriebe beschäftigt war und dafür einen verhältnismäßig hohen Lohn bezogen, nach dem gleichen Jahresarbeitsverdienst entschädigt wird, wie ein gesunder Arbeiter, der ständig volle Tagewerke leisten konnte — durch die Einfügung der Worte „und Erwerbsfähigkeit" erweitert hat, bestehen nach der seitherigen Rechtsprechung feststehende Normen.

Zunächst ist für den Begriff eines Arbeiters derselben Art und Erwerbsfähigkeit entscheidend die im allgemeinen gleichartige regelmäßige Beschäftigung und die annähernde Gleichwertigkeit der darin erzielten Leistungen. Es genügt nicht, wenn nur eine Beschäftigung mit den gleichen Arbeiten stattfindet, sondern es muß zugleich auch ungefähr dieselbe Leistungsfähigkeit vorhanden sein. Ausbildung, Fähigkeiten und Kräfte dürfen bei den zu vergleichenden Personen nicht wesentlich verschieden sein, wenn auch anderseits die Gleichartigkeit der Leistungsfähigkeit noch nicht schlechthin entscheidend sein kann, solange sie nicht betätigt wird. Monteurhelfer wird man nicht mit den Monteuren selbst, Bauhilfsarbeiter nicht mit den Maurern vergleichen dürfen, mögen sich auch ihre Beschäftigungen im Betriebe vorübergehend gleichen. So sind auch in der Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 28. Januar 1895 Pr.L. 2342/94 als Arbeiter derselben Art mit einem nicht ein volles Jahr im Betriebe beschäftigten Steinträger wiederum nur Steinträger — nicht andere Bauarbeiter — angesehen worden, weil an jene Anforderungen gestellt würden, die einen besonders kräftigen Körperbau und größere körperliche Ausdauer erforderten.

Zu großen Härten möchte es führen, wollte man die Art eines Arbeiters immer gerade nach seiner tatsächlichen Arbeitsleistung zur Zeit des Unfalles bestimmen. Die Fälle, in denen ein für gewöhnlich mit einer besser entlohnten Beschäftigung betrauter Versicherter, vorübergehend sich mit untergeordneten, minder bezahlten Arbeiten abgeben muß — sei es, daß außergewöhnliche Betriebsverhältnisse oder in der Person des Versicherten liegende Umstände es gebieten, wie vorübergehendes Niederliegen des für ihn gewöhnlich in Betracht kommenden Betriebsteiles, vorübergehende Krankheit und ähnliches — sind häufig und Unfälle bei einer solchen Tätigkeit gar nicht selten. Umgekehrt kann man natürlich auch den Fall erwägen, daß einmal ein Versicherter vorübergehend in einer höher entlohnten Be-

Digitized by Google

schäftigung sich betätigen muß. Hier wie dort bestimmt sich die Art des Verletzten nach seiner hauptsächlichsten Arbeitsleistung im Betriebe. Ein Säger, der nur vorübergehend infolge eines Maschinendefektes in der Ausübung seiner gewöhnlichen Tätigkeit behindert wird, beschäftigt sich mit den untergeordneten Arbeiten des Tagelöhners und verunglückt dabei; ein Maschinist versieht während eines kürzeren Urlaubes des Maschinenmeisters die Funktionen des letzteren und erleidet ebenfalls einen Unfall. In beiden Fällen kann für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes analog den Bestimmungen des § 565 RVO. in dem einen Falle als gleichartiger Arbeiter wiederum nur ein Säger, in dem anderen Falle nur ein Maschinist in Frage kommen.

Von Fall zu Fall wird man sonstige individuelle Verhältnisse unter den versicherten Personen gegeneinander abwägen müssen. Je nach der Dauer der Beschäftigung, nach ihrer Uebung, Geschicklichkeit und Tüchtigkeit beziehen im allgemeinen gleichartige Arbeiter meist einen abgestuften Lohn; man wird nun hier den in seinem Fach noch weniger eingearbeiteten und ausgebildeten Verletzten nicht den besonders geübten und tüchtigen, sondern den am wenigsten geübten und am kürzesten beschäftigten, deshalb aber auch am geringsten entlohnten Arbeiter als „gleichartig" gegenüber stellen können. In einer Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 31. Januar 1900 Pr.L. 8871/99 wurde ein Arbeiter gleichwohl dem Verletzten gegenüber als gleichartig anerkannt, wenn er auch täglich länger als der erst seit sieben Wochen in dem Betriebe beschäftigte Verletzte gearbeitet hatte; es wurde dabei erwogen, daß der Verletzte bei längerer Dauer der Beschäftigung mit der fortschreitenden Einarbeitung in die Eigentümlichkeiten des Betriebes auch Zeit und Kraft gehabt und Gelegenheit gefunden haben würde, Ueberstunden zu leisten wie jener.

Vorübergehende, mehr oder minder zufällige Lohnverhältnisse sollen bei der Bestimmung des gleichartigen Arbeiters überhaupt nicht ins Gewicht fallen. So war es in einem Betrieb üblich, daß selbst völlig in ihrem Fache ausgebildete Arbeiter während eines kurzen Zeitraumes nach ihrem Eintritt einen geringeren, als den sonst in dem Betriebe gezahlten Lohn erhielten. Die Rente eines Arbeiters, welcher während dieser Uebergangszeit verunglückte, wollte die Berufsgenossenschaft den Jahresarbeitsverdienst eines im übrigen gleichartigen Arbeiters, welcher aber wegen besonderer in seiner Person liegender Verhältnisse (Kränklichkeit) den geringsten Lohnbezug unter den Arbeitern derselben Art hatte, zugrunde gelegt wissen, weil der durchschnittliche Verdienst dieses letzteren dem Lohne, den der Verletzte zur Zeit des Unfalles bezog, am nächsten kam. Das Reichsversicherungsamt hat dies für unzulässig und den Durchschnittslohn, welchen Arbeiter derselben Art überhaupt in dem Betriebe innerhalb des Jahres vor dem Unfalle bezogen, für maßgebend erklärt. Umgekehrt können dagegen auch zugunsten des Verletzten nicht seine außergewöhnlichen, durch einen besonderen Vertrag bedingten Lohnverhältnisse in Betracht kommen, weil diese die Art des letzteren, d. h. seine allgemeine Stellung auf dem Lohnmarkte, nicht berühren. War der Verletzte, der als Geselle verunglückt, in dem letzten Jahr vor dem Unfalle in anderen Betrieben noch als Lehrling tätig, so ist als gleichartiger Arbeiter eine das ganze Jahr als Geselle beschäftigte Person und nicht etwa eine solche Person anzusehen, welche in dem maßgebenden Jahre ebensolange wie der Verletzte teils als Lehrling, teils als Geselle tätig gewesen ist.

Bei der Bestimmung „desselben Betriebs" darf nicht lediglich auf die Einheit der Person des Unternehmers oder der Verwaltungsstelle, bei der Ermittlung eines „benachbarten Betriebes" nicht ausschließlich auf die örtliche Nähe gesehen werden; es kommt in beiden Beziehungen auch auf die annähernde Gleichheit der Lohn- und sonstigen wirtschaftlichen (namentlich der Teuerungs-) Verhältnisse an (Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts 916, Amtl. Nachr. 1890 S. 599). Nicht ausgeschlossen wird die Gleichartigkeit eines Betriebes dadurch, daß er nicht in das Kataster derselben Berufsgenossenschaft aufgenommen ist, zu welcher der Unfallbetrieb gehört, da gleichartige Betriebe sehr wohl, z. B. auf Grund des § 542 RVO. verschiedenen Berufsgenossenschaften angehören können.

In formeller Beziehung ist hier noch anzufügen, daß bei Anwendung dieser Bestim-

Digitized by Google

mungen die namentliche Bezeichnung des gleichartigen Arbeiters und Betriebes in den bescheidmäßigen Unterlagen sich empfiehlt, um den Versicherten die Geltendmachung ihrer Interessen nicht zu verkümmern.

Immer läßt sich die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in eben erörterter Art nicht ausführen, weil es mitunter an gleichartigen Versicherten, deren Arbeitsverdienst der Berechnung zugrunde gelegt werden könnte, fehlt. Für solche Fälle galt nach § 10 Abs. 3 S. 2 GUVG., daß der 300fache Betrag desjenigen Arbeitslohnes zugrunde zu legen sei, welchen der Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfalle an denjenigen Tagen, an welchen er beschäftigt war, im Durchschnitt bezogen hat. Die Reichsversicherungsordnung hat hier in § 566 nach zwei Richtungen hin Aenderungen vorgenommen. Einmal soll nicht mehr, wie nach dem bisherigen Rechte, auch der Verdienst festgestellt werden müssen, den der Verletzte während des Jahres vor dem Unfalle in anderen Betrieben als in dem Unfallbetriebe bezogen hat, da die Ermittlungen hierüber häufig mit großen Umständen und Schwierigkeiten verbunden gewesen sind; es soll vielmehr lediglich der durchschnittliche Lohn, den der Verletzte für seine Beschäftigung im Unfallbetriebe bezogen hat, zugrunde gelegt werden, fernerhin soll nicht mehr ausnahmslos das 300fache des tatsächlichen Tagesdurchschnittsverdienstes berechnet werden, — da hierbei der fleißige Arbeiter, der neben der niedrigen betriebsüblichen Zahl von gut gelohnten Arbeitstagen noch anderweit geringer gelohnte Arbeit verrichtet, schlechter gestellt wird, als der weniger fleißige Arbeiter, der sonst zu einem geringeren Tagelohn nicht arbeitet. Der Regel nach wird hier als Jahresarbeitsverdienst der Betrag gelten, der sich durch Vervielfältigung der betriebsüblichen Zahl von Arbeitstagen im Jahre mit dem Entgelt ergibt, den der Verletzte während der Beschäftigung im Betriebe durchschnittlich für den vollen Arbeitstag bezogen hat.

Die Einführung des Begriffes der betriebsüblichen Zahl der Arbeitstage an Stelle der bisherigen festen Zahl von 300 machte nun wiederum für die Fälle, in denen diese betriebsübliche Zahl so gering ist, daß die im Betriebe Beschäftigten regelmäßig noch anderweit Arbeit gegen Entgelt verrichten, eine besondere Regelung notwendig, die die Reichsversicherungsordnung im § 567 trifft; für die an 300 fehlende Zahl von Arbeitstagen ist in solchen Fällen der

„Ortslohn"

für Erwachsene über 21 Jahren, der zur Zeit des Unfalles für den Beschäftigungsort des Versicherten festgesetzt ist, dem nach § 565 oder § 566 berechneten Betrag zuzuzählen. Die Fassung dieses Paragraphen in der allgemein gültigen Form wird, wie unten noch darzulegen sein wird, von einer größeren Zahl versicherter Arbeiter als wenig günstig bezeichnet und empfunden werden.

Nähere Bestimmungen über den Ortslohn finden sich in den §§ 149 mit 151 RVO. und gilt hiernach im besonderen, daß als solcher der ortsübliche Tagesentgelt gewöhnlicher Tagearbeiter anzusehen ist; festgesetzt wird der Ortslohn vom Oberversicherungsamt, getrennt für Männer und Frauen, Jugendliche und Erwachsene und einheitlich nach dem Durchschnitt für den ganzen Bezirk eines jeden Versicherungsamtes; Ausnahmen hiervon sind zulässig, wenn die Lohnhöhe in Ortschaften oder zwischen Stadt und Land erheblich abweicht. Der sonach festgesetzte Ortslohn umfaßt den Wert der üblicherweise etwa gewährten Naturalien mit, so daß letztere nicht noch eigens anzurechnen sind. Aendert sich der Ortslohn während des Jahres, aus welchem der Jahresarbeitsverdienst festzustellen ist, so ist der höhere zu nehmen.

§ 568 RVO. will verhindern, daß die gesetzliche Einführung des Begriffes „voller Arbeitstag" einzelnen Versicherten ungerechtfertigte Vorteile bringt und bestimmt deshalb: „War der Verletzte nur stundenweise beschäftigt, so darf der durchschnittliche Verdienst für den vollen Arbeitstag nicht höher werden, als der durchschnittliche Verdienst eines gleichartigen Arbeiters, der während des ganzen Arbeitstages beschäftigt war." In der Begründung zum amtlichen Entwurf heißt es darüber, daß erfahrungsgemäß Personen, die täglich nur stundenweise in einem Betriebe beschäftigt werden, oft verhältnismäßig höher bezahlt werden, als diejenigen, die den vollen Tag arbeiten. Bei den nur stundenweise beschäftig-

Digitized by Google

ten Personen würde sich daher, wenn ihr durchschnittlicher Verdienst für den vollen Arbeitstag rechnerisch ermittelt wird, oft ein höherer Betrag ergeben, als ein gleichartiger Arbeiter verdient, der den vollen Tag arbeitet.

Die entsprechende Anwendbarkeit der §§ 564 bis 568 RVO. schreibt der § 569 a. a. O. auch auf die Fälle vor, in denen der Jahresarbeitsverdienst aus mindestens wochenweise bestimmten Beträgen sich zusammensetzt.

Die Vorschriften des bisherigen Rechtes über die Zugrundelegung eines fiktiven Jahresarbeitsverdienstes bei solchen Personen, die nicht das 300fache des ortsüblichen Taglohnes gewöhnlicher erwachsener Tagearbeiter beziehen, hat die Reichsversicherungsordnung nicht geändert; § 570 bestimmt, daß in diesen Fällen das 300fache des Ortslohnes für Erwachsene über 21 Jahre (§ 567 a. a. O.) gilt; dieselben Bestimmungen sind auch dann anzuwenden, wenn der Versicherte ein Entgelt überhaupt nicht bezieht. So wie es nach den für die landwirtschaftliche Unfallversicherung geltenden Vorschriften zulässig erscheint, den Jahresarbeitsverdienst bei Jugendlichen nach den in Altersstufen abgestuften und ihrem Alter entsprechenden Betrag des Ortslohnes zunächst zu berechnen und erst nach Erreichung des höheren Lebensalters auch die höheren Lohnklassen anzuwenden, ist dies mangels der geeigneten gesetzlichen Vorschrift in der gewerblichen Unfallversicherung nicht angängig; auch ein 15jähriger oder noch jüngerer Versicherter hat sonach beim Vorliegen dieser Voraussetzungen Anspruch auf die Zugrundelegung des 300fachen Betrages des für die Erwachsenen über 21 Jahre festgesetzten Ortslohnes.

Über die

Zugrundelegung des Ortslohnes bei vor dem Unfalle bereits bestandener Erwerbsbeeinträchtigung

bestimmt § 571 a. a. O.: „Von dem Ortslohn wird für Personen, die schon vor dem dauernd teilweise erwerbsunfähig waren, derjenige Teil zugrunde gelegt, welcher dem Maße der Erwerbsfähigkeit vor dem Unfalle entspricht." Dieser Grundsatz gilt sowohl für die Fälle der §§ 567 und 569 als auch für den Fall des § 570 a. a. O., der dem § 10 Abs. 4 GUVG. entspricht. Der Ausdruck „dauernd teilweise erwerbsunfähig" ist gewählt worden, um die Anwendung des § 571 auf vorübergehende Beschränkungen der Erwerbsfähigkeit auszuschließen (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung, 3. Aufl. Bd. 2 S. 91 Anm. 4 zu § 13 LUVG.).

Ist das tatsächlich verdiente Entgelt oder der nach den §§ 563 mit 566 RVO. zunächst zu berechnende Jahresarbeitsverdienst höher als der nach der Vorschrift des § 571 zu berechnende Teilbetrag, so gelten die Vorschriften des letzten Paragraphen nicht, und es verbleibt bei dem höheren Betrage (zu vgl. Rekursentscheidung, Erweiterter Senat des Reichsversicherungsamts 2248, Amtl. Nachr. 1908 S. 530).

Liegen die Voraussetzungen für die Kürzung des Jahresarbeitsverdienstes vor, so ist bei der Schätzung der durch den Unfall herbeigeführten Minderung der Erwerbsfähigkeit die zur Zeit des Unfalles vorhanden gewesene Erwerbsfähigkeit immer mit 100 Prozent einzusetzen und zu prüfen, wieviel von diesen 100 Prozent der Verletzte durch den Unfall verloren hat. War der Verletzte z. B. vor dem Unfalle gegenüber einem normalen Arbeiter nur mehr zur Hälfte erwerbsfähig, so verliert er, wenn er mit der Folge verunglückt, daß er nichts mehr erwerben kann, zwar nur 50 Prozent der normalen Erwerbsfähigkeit, immerhin aber diejenige Erwerbsfähigkeit, die er so, wie er war, tatsächlich besaß, völlig, also zu 100 Prozent. Die Berufsgenossenschaften werden bei dieser Anschauung deshalb nicht benachteiligt, weil eine einigermaßen erhebliche Minderung der Erwerbsfähigkeit, die vor dem Unfalle schon bestand, regelmäßig in der geringeren Höhe des Jahresarbeitsverdienstes, welcher der Rentenberechnung zugrunde zu legen ist, ihren Ausdruck findet. Die Träger der Unfallversicherung sind bei der von ihnen im einzelnen Falle selbständig vorzunehmenden Prüfung der Frage nach der vor dem Unfalle bereits bestandene Einbuße an Erwerbsfähigkeit an Entscheidungen anderer Versicherungsträger hierüber nicht gebunden.

Der im § 561 RVO. vorgesehene Fall, daß ein bereits zur Zeit des Unfalles dauernd völlig erwerbsunfähiger Versicherter infolge des neuerlichen Unfalles hilflos im Sinne des Gesetzes wird und dann eine Rente bis zur Hälfte der Vollrente zu beanspruchen

Digitized by Google

hat, wird praktisch wohl kaum eintreten; und wenn schon, so würden sich Schwierigkeiten ergeben, nach welchen Bestimmungen hier überhaupt ein Jahresarbeitsverdienst zum Zwecke der Rentenberechnung festgestellt werden könnte; in keiner der den Jahresarbeitsverdienst betreffenden Bestimmungen findet sich hierüber ein näherer Hinweis. Völlig illusorisch ist der § 561 nicht, denn tatsächlich braucht ein völlig Erwerbsunfähiger nicht auch völlige Arbeitsunfähigkeit aufzuweisen und kann er sonach wohl noch unter Umständen eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausüben.

Im Falle der Tötung gilt für die Berechnung der Hinterbliebenenbezüge nach § 586 a. a. O. derselbe Jahresarbeitsverdienst, wie er im Falle der Körperverletzung festzustellen ist, der § 571 gilt dabei aber nicht. § 587 schreibt vor, daß in den Fällen, in denen dieser Jahresarbeitsverdienst infolge eines früheren Unfalles nicht geringer als der vor ihm bezogene Entgelt ist. dem Jahresarbeitsverdienst die frühere Rente zugerechnet wird, dabei darf jedoch der Betrag nicht überschritten werden, welcher der früheren Rente als Jahresarbeitsverdienst zugrunde liegt.

Aus der Verschmelzung des Bauunfallversicherungsgesetzes mit den Vorschriften über die gewerbliche Unfallversicherung, sowie aus der Einbeziehung der Tätigkeiten bei nicht gewerbsmäßigem Halten von Reittieren oder Fahrzeugen in der Unfallversicherung erklärt sich der § 572 der RVO., nach dessen Wortlaut die §§ 563 bis 571 entsprechend für Verletzte gelten, die bei einer versicherten Tätigkeit beschäftigt sind, ohne einem versicherten Betriebe anzugehören. Hier wäre zweifellos für die zahlreichen Regiebauarbeiter eine etwas mehr günstige Vorschrift am Platze gewesen; man bedenke, die Mehrzahl der Regiebaubetriebe hat eine übliche Betriebsweise von nur kurzer Dauer, die bei den nach § 798 RVO. versicherten „kurzen Bauarbeiten" höchstens sechs Tage betragen kann. Will man den Vorschriften des § 567 a. a. O. nachkommen, so kann für die an 300 fehlende Zahl von Arbeitstagen nur der Ortslohn angerechnet werden. Wer die Verhältnisse dieser Arbeitergruppe kennt, weiß, daß sie in einem sehr unständigen Beschäftigungsverhältnisse steht, den Sommer über bald hier und bald dort in den landüblichen Regiebaubetrieben arbeitet, daneben und besonders im Winter ihre eigene kleine Landwirtschaft versieht. Nimmt man nun entsprechend den obigen Vorschriften bei einem im Regiebaubetrieb verunglückten Versicherten nur den der kurzen üblichen Betriebsweise entsprechenden eigenen Lohn, sonst aber den Ortslohn, so kann sich der Versicherte benachteiligt fühlen, denn was er in anderen Regiebaubetrieben an höherem Lohn bezogen hat, bleibt außer Betracht; dabei hat aber die Zweiganstalt sein wirklich verdientes Entgelt zur Prämienberechnung herangezogen.

Schließlich ist noch auf die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes für die selbstversicherten Unternehmer hinzuweisen und zu bemerken, daß hier die Satzung (Nebensatzung) Höhe und Ermittelung des Jahresarbeitsverdienstes zu bestimmen hat (Versicherungssumme). Enthält die Satzung nichts Abweichendes, so gilt die Vorschrift von der Kürzung des Jahresarbeitsverdienstes bei der den Betrag von 1800 M. übersteigenden Summe auch für die selbstversicherten Unternehmer.

Auf Verlangen der Genossenschaft hat der Unternehmer binnen einer Woche den Entgelt nachzuweisen, der für die Berechnung der Entschädigung maßgebend ist. Er hat zu diesem Zwecke fortlaufende Aufzeichnungen über den von den einzelnen Versicherten verdienten Entgelt zu führen. Das Nähere bestimmt die Satzung.

Weist der Unternehmer den Entgelt nicht nach, so kann er mit Geldstrafe bis zu 300 M. bestraft werden. Enthält der Nachweis Angaben, deren Unrichtigkeit der Unternehmer kannte oder den Umständen nach kennen mußte, so kann er mit Geldstrafe bis zu 500 M. bestraft werden.

Die Strafe verhängt der Genossenschaftsvorstand. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig. § 1581 RVO.

Die Rechtskraft der Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes war nach altem Rechte unabänderlich; nach dem neuen Rechte tritt die Unabänderlichkeit erst mit der Rechtskraft der erstmaligen Dauerrente ein; § 1585 Abs. 2

Digitized by Google

schreibt hierüber vor, daß spätestens mit Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfalle die Dauerrente festzustellen ist; diese Feststellung setzt eine Aenderung der Verhältnisse nicht voraus, auch ist für sie die früher getroffene Feststellung der Grundlagen für die Rentenberechnung nicht bindend.

In der Uebergangszeit verdienen noch die Vorschriften des Artikels 60 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordordnung Beachtung, wonach die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, wenn sie für die Berechtigten günstiger sind, auf die erste Feststellung von Entschädigungsansprüchen aus Unfällen angewendet werden, die sich vor dem Inkrafttreten des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung — also vor dem 1. Januar 1913 — ereignet haben. Dies gilt jedoch nur dann, wenn der Berechtigte schon nach dem alten Rechte einen Entschädigungsanspruch hatte und über diesen an jenem Tage noch nicht rechtskräftig entschieden ist.

Für Entschädigungsansprüche, die im Falle der Tötung erwachsen, gelten diese Vorschriften nur, wenn auch der Tod des Verletzten vor dem Inkrafttreten des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung eingetreten in.

Literatur:

Handbuch der Unfallversicherung, 3. Aufl. Bd. 1 und 2,

2. amtlicher Entwurf zur Reichsversicherungsordnung,

Kommissionsbeschlüsse zur Reichsversicherungsordnung,

Stiegler-Leiprecht, Unfallversicherung,

Rosenhamer, Die Unfallversicherung bei Bauten. Rekursentscheidungen des Königl. Bayr. Landesversicherungsamts.

Das Einigungsabkommen zwischen den Krankenkassen und Aerzten Hamburgs.

Von **Dr. Adam** in Hamburg[1]).

Die unerfreulichen Kämpfe, die sich in den letzten Jahren zwischen verschiedenen Krankenkassen und ihren Aerzten abspielten, haben, nach welcher Seite auch immer das Kriegsglück sein wechselndes Janusangesicht wenden mochte, beiden Parteien, abgesehen von der Einbuße ihres Ansehens, schwere wirtschaftliche Wunden geschlagen. Und mit Besorgnis drängt sich jedem friedlich sozial Empfindenden die bange Frage auf, welchen peinlichen Ueberraschungen wir im kommenden Jahre entgegengehen mögen, in dem durch die Vorbereitung und Ueberleitung zu den neuen Verhältnissen der Reichsversicherungsordnung mannigfacher Zündstoff gefahrvoll sich ansammelt. Wie groß die Gefahr ist, die der ungestörten Durchführung der sozialpolitischen Gesetzesmaßnahmen bei besonders rigoroser Behandlung der Aerztefrage erwachsen kann, lehrt uns gerade jetzt ein Blick zu unseren Vettern jenseits des Kanals, wo eine geschlossene Aerzterevolte die praktische Einführung des ganzen Lord Georgeschen Versicherungsgesetzes ernstlich gefährdet. Daß auch wir, trotzdem wir den Engländern auf diesem Gebiete um die Erfahrung eines Vierteljahrhunderts voraus sind, in der gesetzlichen Regelung dieser ebenso bedeutungsvollen als prekären Aerztefrage nicht viel weiter gekommen sind, findet seinen entsprechendsten Ausdruck in dem Notbehelf des neuen § 368 RVO., der trotz seiner lapidaren Kürze nicht darüber hinwegzutäuschen vermag, daß die Schwierigkeiten mit seiner Bestimmung über den „schriftlichen Vertrag" erst beginnen. Diese Erwägungen werden für unsere Reichsregierung wohl bestimmend dafür gewesen sein, die mit Freude zu begrüßende Initiative dazu ergriffen zu haben, die eben erwähnten Schwierigkeiten, deren das Parlament nicht Herr zu werden vermochte, noch in letzter Stunde auf dem friedlich ausgleichenden Konferenzwege zu beseitigen. Daß die dankenswerte Anregung des Herrn Staatssekretärs Delbrück an dem wenig verständlichen Verlangen des Leipziger Verbandes scheiterte, den Bochumer Reichsverband als Vertretung der, wenn auch nur in der Minorität befindlichen, fixierten Aerztegruppe von den Verhandlungen

[1]) Durch die Krankheit und den Tod des bisherigen Herausgebers ist der Abdruck dieses Aufsatzes versehentlich verzögert worden.

Digitized by Google

auszuschalten, ist höchst bedauerlich; läßt jedoch die Hoffnung nicht ganz schwinden, daß schließlich die bessere Einsicht über das zu einseitig vertretene Standesbewußtsein siegen dürfte, und wenigstens der Versuch, die scheinbar zentrifugalsten Interessengruppen um einen gemeinsamen Tisch zu vereinigen, nicht gleich als aussichtslos abgelehnt werden sollte.

Wie sehr gerade solche, weniger offizielle, gemeinsame Aussprache geeignet ist, unüberwindbar scheinende Gegensätze auszugleichen, beweist das Zustandekommen einer Friedenskommission in Hamburg, deren Bekanntgabe, bei der aktuellen Bedeutung dieser im wahrsten Sinne brennenden Frage, auch über die Mauern Hamburgs hinaus Interesse und Beachtung finden dürfte.

Daß ein derartiges Abkommen, das ein friedliches Zusammenarbeiten von Krankenkassen und Aerzten gewährleistet, gerade hier perfekt werden konnte, ist hauptsächlich der erfreulichen Tatsache zu danken, daß die Hamburger Behörde für das Versicherungswesen, entsprechend der Eigenart der Stadt-Staatsverwaltung, die eine Annäherung leichter als im großen Reiche ermöglicht, den ersten grundlegenden und unverbindlichen Verhandlungen weitgehendstes verständnisvolles Interesse entgegenbrachte. Auch die Krankenkassen ließen es, in wohlverstandener Berücksichtigung ihrer Verantwortung, an bereitwilligem Entgegenkommen nicht fehlen; wobei ihnen die in der historischen Entwicklung des hiesigen Krankenkassenwesens begründete enge Fühlung mit ihren langjährigen Kassenärzten, die zum Teil bei ihren weitverzweigten Hilfskassen schon vor der Inaugurierung des Krankenkassengesetzes tätig waren, sehr zustatten kam.

Eine weitere Eigenart des Abkommens resultiert aus den hiesigen lokalen Verhältnissen, die durch die erhebliche Anzahl gut dotierter fixierter Kassenarztstellen nennenswerte Erfolge der freien Aerztewahlbestrebungen des Leipziger Verbandes hier bislang nicht hatten aufkommen lassen und deshalb allmählich einen gewissen Antagonismus zwischen den beiden Aerztegruppen herausbildete, dem bei der gemeinsamen Friedensaktion gebührend Rechnung getragen werden mußte. Diesem exzeptionellen Zustande, wie er ähnlich in Großstädten nur noch in Berlin und in den rheinisch-westfälischen großen Industriezentren anzutreffen ist, verdanken die Krankenkassen den nicht hoch genug anzuschlagenden Vorteil des freien alleinigen Selbstbestimmungsrechtes über die Wahl ihres ärztlichen Versorgungssystems; ein Punkt, der bekanntlich in den zukünftigen Reichsverhandlungen nach dem bisher vorliegenden Verständigungsentwurf als vielumstrittener Zankapfel noch eine große und schwer zu behandelnde Rolle spielen dürfte.

So ist überhaupt bei der Formulierung des Abkommens der Wunsch leitend gewesen, die einigende mittlere Grundlage durch nicht zuviel Einzelstreitobjekte von vornherein unnötig zu belasten, um der glättenden und ausgleichenden Tätigkeit der drei Interessentengruppen möglichst viel Spielraum zu lassen. Hierbei ist zum ersten Male der stets angezweifelte Versuch gemacht worden, Krankenkassenvertreter mit Aerzten zusammen gemeinsam sich in einem engeren Kreise betätigen zu lassen, wo bekanntlich die Ideenreibungsflächen geringer sind, als auf den großen allgemeinen Kampfplätzen, und wo die Gegensätze sich in milderen Formen überbrücken lassen, als auf dem weiten, von den Stimmungen der Massen beeinflußten Forum der Organisation.

Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet wird auch die für anderweitige Verhältnisse vielleicht etwas befremdliche paritätische Dreiteilung verständlich, durch die der Einfluß der Krankenkassen in der Kommission ins Hintertreffen gerückt zu sein scheint: allerdings nur scheinbar. Denn gerade durch diese eigenartige Gruppierung sind die Kassen in der vorteilhaften Lage, wenn man Kleines mit Großem vergleichen darf, wie bei Parlamentskompromissen, sich durch Anlehnung an die eine oder andere Aerztegruppe eine präponderierende Blockmehrheit zu schaffen.

Wie bei jedem ehrlichen und ehrenwerten Frieden ist in dem Abkommen durch möglichsten Ausgleich von Verzichtleistungen und Kompensationen seitens der drei Interessentengruppen der Eindruck von Siegern und Besiegten vermieden und so freie Bahn geschaffen für eine nicht durch Kämpfe beeinträchtigte, ersprießliche gemeinsame Arbeit.

Nur so ist begründete Aussicht vorhanden, die Segnungen der sozialpolitischen Gesetze, durch deren Ausdehnung in der neuen Reichsversicherungsordnung auch nach hygienischer Richtung hin sich ein weites Betätigungsgebiet

Digitized by Google

eröffnet, in ihrem vollen Umfange allen beteiligten Kreisen zuteil werden zu lassen.

Der Wortlaut des Abkommens lautet:

„Zur Herstellung dauernd friedlicher Beziehungen zwischen Krankenkassen und Aerzten hat sich in Hamburg auf Anregung und unter Vorsitz eines Unparteiischen, Verwaltungsphysikus Herrn Professor Pfeiffer, eine Kommission gebildet.

Entsprechend der gegenseitigen Wertschätzung und völligen Gleichberechtigung der vertragschließenden Parteien, wie sie in der Reichsversicherungsordnung anerkannt ist, besteht die Kommission aus dem Unparteiischen als Vorsitzenden, vier Kassenvorstandsmitgliedern und je vier Kassenärzten der beiden Arztsysteme. Die jeweilig beteiligte Krankenkasse resp. die Versicherungsbehörde für die von ihr verwalteten Kassen ist berechtigt, einen Vertreter in die Kommission als Referenten zu delegieren.

Diese vollkommen paritätische Zusammensetzung verbürgt am sichersten eine erfolgreiche alle Teile befriedigende Tätigkeit, wie sie zur Durchführung der neuen Verhältnisse der Reichsversicherungsordnung, namentlich des § 368, unbedingt notwenig ist.

Die beteiligten Krankenkassen und Aerzte unterwerfen sich allen Maßnahmen und Entscheidungen dieser Kommission freiwillig und definitiv.

Die unterzeichnete Krankenkasse verpflichtet sich, ihre sämtlichen vakant werdenden Kassenarztstellen in der Weise zu besetzen, daß sie nur aus dem ihr von der Kommission ad hoc präsentierten Aufsatz ihre Wahl trifft.

Sie erklärt sich ferner damit einverstanden, bei allen wichtigen ärztlichen Fragen und allen erheblichen Differenzen, die sich aus der Vertragsstellung, Honorierung usw. ergeben, die Vermittlung und, wenn nötig, die Entscheidung der Kommission anzurufen, wie es ähnlich in den §§ 378, 379 des ersten, nicht zum Gesetz erhobenen Entwurfs der Reichsversicherungsordnung vorgesehen war.

Bestehende Verträge werden von der Kompetenz der Kommission nicht berührt. Ebenso gehört eine prinzipielle Stellungnahme für oder gegen die freie Aerztewahl nicht zu deren Aufgaben. Es soll vielmehr dem freien Ermessen der Krankenkassen überlassen bleiben, sich für ein beliebiges Aerztesystem selbst zu entscheiden.

Demgegenüber verpflichten sich die bei der Kommission tätigen Aerzte, ihren ganzen Einfluß bei den zuständigen Standesvertretungen und Aerzteorganisationen dahin geltend zu machen, daß Schwierigkeiten beim Abschluß von Kassenärzteverträgen vermieden werden, und überhaupt eine friedliche Lösung der Aerztefrage und -versorgung gewährleistet wird.

Das Recht, die Kommission als Schiedsinstanz anzurufen, steht jeder beteiligten Krankenkasse wie den Aerzten in gleicher Weise zu.

Jede Krankenkasse kann von dieser Vereinbarung alle zwei Jahre nach vorausgegangener vierteljährlicher schriftlicher Kündigung zurücktreten.

Das Kommissionsabkommen tritt am 1. Januar 1913 in Kraft und ist zunächst bindend bis zum 31. Dezember 1914. Nach Ablauf dieser Frist wird die Kommission den beteiligten Kreisen einen Tätigkeitsbericht erstatten. Die Geschäftsordnung wird von der Kommission selbst festgesetzt."

Die neue Regelung der Kassen- und Buchführung der Krankenkassen.

Von Rechnungsrat **Matticke** in Berlin-Lichterfelde.

Bei der Gründung der deutschen Krankenversicherung wurden keine Vorschriften über Form und Art der Rechnungsführung gegeben — abgesehen von einzelnen Punkten für die Statistik —; es blieb den Kassen anheimgestellt, nach ihrem Können und Gutdünken die Buchführung einzurichten. Die hat sich nun in 25 Jahren zu einer Buntscheckigkeit entwickelt, daß sie dadurch für jeden Beteiligten lästig wird: für die Arbeitgeber durch die verschiedenen Formulare für An- und Abmeldungen, für Zahlungslisten usw., für die Arbeitnehmer durch die Abweichungen in der Krankenmeldung und Krankengeldzahlung, ebenso für die Aerzte, die außerdem für jede Kasse ein anders gestaltetes Tagebuch zu führen haben, endlich für die Kassenbeamten, die bei einem Stellenwechsel in der neuen Kasse völlig umlernen müssen und schließlich auch für die Aufsichtsbeamten, denen sie eine durchgreifende Kontrolle

Digitized by Google

häufig unmöglich macht. — Der Wunsch nach einheitlicher Regelung besteht überall seit langem und wurde auch regierungsseitig vor fünf Jahren auf einer Konferenz im Kaiserlichen Statistischen Amte, die von zahlreichen Aerzten und Kassenbeamten aus den verschiedensten Gegenden des Deutschen Reichs besucht war, in Aussicht gestellt; es ist aber bei dem Entwurf eines ärzlichen Tagebuchs verblieben. Die Materie zeigte schon damals, wie schwierig dieselbe Einrichtung für große oder kleine Kassen zu gestalten ist, wie der Geschäftsgang und die Einrichtung der Bücher schon davon abhängt, ob die Kasse in eigenen Räumen waltet, oder nebenbei im Wirtshaus oder im Zimmer eines Chambregarnisten fungiert. Von vielen Kassenbeamten wird deshalb eine gleichartige Form der Kassenverwaltung für unmöglich gehalten. Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, daß Kassen der Forst-, Zoll- und Postverwaltung, von denen einige kaum einige Mark, andere Millionen vereinnahmen, nach derselben Norm arbeiten. Was würde beispielsweise das Publikum schon über Störungen klagen, wenn eine Postanstalt blaue, eine rote, eine weiße, eine breite, eine lange Postscheine u. dgl. ausgäbe! Bei den Krankenkassen sind bisher nicht einmal die größten zu einer gleichen Art der Registerführung gelangt; einige haben das Mitgliederverzeichnis in Karten-, andere in Buchform, ebenso das der Kranken. Bei der Gemeindekrankenversicherung hat man die für andere Kassen verbindliche monatliche Personalbestandsaufnahme in eine vierteljährliche nachgelassen, wegen der Schwierigkeit der Aufnahme; was soll bei den 10000 neuen Landkrankenkassen geschehen, wo die Geschäftsführung voraussichtlich dem jüngsten Gutsinspektor oder dem Dorfschulzen übertragen werden wird? Man muß doch, um die Wirksamkeit der Versicherung zu beurteilen, neben einzelnen Einnahme- und Ausgabeposten auch die durchschnittliche Mitgliederzahl, die Zahl der Kranken und der Krankengeldtage, die der Wöchnerinnen, die Anzahl der Aerzte und deren Beziehung zur Kasse (angestellte, freie usw.) erfahren.

Alle diese Fragen bedingen eine bedeutende Vorarbeit, die auch so zeitig beendet sein müßte, daß alle Landkrankenkassen noch weit vor 1. Januar 1914 mit einer klaren Anweisung versehen werden können; oder soll auch dem Gutdünken der Ortsschulzen, Gutsinspektoren und Gemeindeschreiber alles überlassen werden? — Alle sonstigen Versicherungszweige haben eine Reichszentralbehörde, nur für die Krankenversicherung, die noch vor Gründung des Reichsversicherungsamts ins Leben trat, fehlt diese; es dürfte deshalb wohl für diese Vorarbeit das Reichsamt des Innern in Frage kommen, das wenigstens kürzlich den vergeblichen Versuch machte, eine Einigung zwischen den Krankenkassen und Aerzten zustande zu bringen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des Bayr. Ministers des Innern, die Errichtung der Versicherungsämter betreffend.

Vom 30. November 1912.

1. Vom 1. Januar 1913 ab wird vorbehaltlich der nachbezeichneten Ausnahmen bei jedem Bezirksamt und beim Magistrat einer jeden kreisunmittelbaren Stadt eine Abteilung für Arbeiterversicherung, das „Versicherungsamt" errichtet.

2. Für die Bezirke der kreisunmittelbaren Städte Landsberg, Traunstein, Passau, Ansbach, Eichstätt, Weißenburg, Kitzingen, Schweinfurt und für die Bezirke der in diesen Städten befindlichen Bezirksämter wird je ein gemeinsames Versicherungsamt errichtet und dem betreffenden Bezirksamt angegliedert.

Ferner wird je ein Versicherungsamt errichtet beim Bezirksamt Landau i. Pf. für den Amtsbezirk Landau i. d. Pfalz und den zum Bezirksamt Bergzabern gehörigen Distrikt Annweiler, beim Bezirksamt Bamberg 2 für die Bezirksämter Bamberg 1 und Bamberg 2, beim Bezirksamt Kronach für die Bezirksämter Kronach und Teuschnitz.

3. Da das Versicherungsamt nur eine für den Geschäftszweig der Arbeiterversicherung gebildete Abteilung der unteren Verwaltungsbehörde ist, gelten für die staatlichen Versicherungsämter, insbesondere hinsichtlich der Dienstverhältnisse des zugeteilten Personals, der Bestreitung des gesamten Aufwands, der Ablösung des Postportos und der Erledigung der Geschäfte die für die Bezirksämter

Digitized by Google

bestehenden allgemeinen Vorschriften, soweit nicht in der Reichsversicherungsordnung und den dazu ergangenen Vollzugsvorschriften oder in nachstehenden Bestimmungen ausdrücklich etwas anderes angeordnet ist.

4. Der Vorstand der unteren Verwaltungsbehörde, bei der das Versicherungsamt errichtet ist, das ist der Bezirksamtmann oder der rechtskundige Bürgermeister, ist der Vorsitzende des Versicherungsamts.

Bei Bezirksämtern mit nur einem Assessor ist dieser sein ständiger Stellvertreter. Bei Bezirksämtern mit mehreren Assessoren bestellt die vorgesetzte Regierung, Kammer des Innern, nach Anhörung des Amtsvorstandes zwei Assessoren zu ständigen Stellvertretern des Vorsitzenden und bestimmt zugleich ihre Reihenfolge in der Vertretung. Der zweite Stellvertreter hat nur bei Verhinderung des ersten einzutreten.

Bei den gemeindlichen Versicherungsämtern werden die Stellvertreter der Vorsitzenden vom Magistrat bestellt. Sie bedürfen sämtlich nach § 39 Abs. 3 RVO. der Bestätigung durch das Staatsministerium des Innern. Der Antrag auf Bestätigung ist durch Vermittelung der vorgesetzten Regierung, nach dem 1. Januar 1913 durch Vermittlung des Oberversicherungsamts vorzulegen. Die Nachweise über entsprechende Vorbildung und Erfahrung auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung sind beizufügen, sofern die betreffende Person nicht schon als rechtskundiger Magistratsrat die Bestätigung nach Art. 78 der Gemeindeordnung erhalten hat. Die Regierung (später das Oberversicherungsamt) hat sich über die Eignung der als Stellvertreter in Aussicht genommenen Personen zu äußern..

5. Die als ständige Stellvertreter des Vorsitzenden aufgestellten Bezirksamtsassessoren führen in der Regel auch bei Anwesenheit des Bezirksamtmanns sämtliche Geschäfte und Verhandlungen des Versicherungsamts; insbesondere haben sie in den Sitzungen des Beschlußausschusses und des Spruchausschusses den Vorsitz zu führen und die Verfügungen und Entscheidungen des Versicherungsamts zu unterzeichnen. Sie haben jedoch, soweit möglich, dem Bezirksamtmann in den wichtigeren Angelegenheiten vor der Entscheidung mündlich Vortrag zu erstatten.

Bindende Weisungen dürfen dem Stellvertreter nur in solchen Angelegenheiten erteilt werden, die vom Vorsitzenden allein ohne Zustimmung der Versicherungsvertreter zu erledigen sind. Für die Abstimmung in den Spruch- und Beschlußausschüssen muß dem Stellvertreter freie Hand gelassen werden. Dem Vorsitzenden bleibt vorbehalten, nach seinem Ermessen in jedem einzelnen Falle die Behandlung und Entscheidung oder die Vornahme einzelner Amtshandlungen selbst zu übernehmen.

Die Stellvertreter unterzeichnen mit dem Beisatze „J. V." (in Vertretung).

Die Vorschriften der beiden letzten Absätze gelten auch für die Stellvertretung bei den gemeindlichen Versicherungsämtern.

Stellvertretende Vorsitzende der Versicherungsämter.

Erlaß der **Preuß. Minister des Innern und für Handel und Gewerbe** vom 7. Januar 1913 (HMBl. S. 42).

Jeder Stellvertreter des Vorsitzenden eines Versicherungsamts ist formell zu dessen Vertretung in vollem Umfange befugt. Die Frage, welcher Stellvertreter im Einzelfalle heranzuziehen ist, gehört zur Regelung des inneren Dienstbetriebs; ihre Entscheidung kann, abgesehen von den Fällen einer Verletzung der Vorschriften über Ausschluß und Ablehnung von Mitgliedern des Spruchausschusses (§ 1641 ff. RVO.), weder die ordnungsmäßige Besetzung des Gerichtshofs beeinflussen noch insbesondere von den Interessenten im förmlichen Rechtsmittelverfahren beanstandet werden. Wohl aber ist im Aufsichtswege darauf zu halten, daß der Kreissekretär oder der Kreisversicherungssekretär den Vorsitz im Spruch- und Beschlußausschusse regelmäßig nicht führt. Als Angelegenheiten des Spruchausschusses sind die Spruchsachen im weitesten Sinne anzusehen (zu vgl. § 59 Abs. 2 RVO. und den Erlaß vom 11. Oktober 1912, HMBl. S. 529, zu I. Abs. 4). Ausnahmen von der Regel bedürfen, wie wir hiermit ausdrücklich anordnen, der Genehmigung des Regierungspräsidenten, die, von Notfällen abgesehen, vorher einzuholen ist. Abschrift erhalten Sie zur Kenntnisnahme, Nachachtung und weiteren Veranlassung, auch zur Mitteilung an das Oberversicherungsamt. Auf eine entsprechende Handhabung bei den gemeindlichen Versicherungsämtern bitten wir hinzuwirken.

B. Zur Krankenversicherung.

Uebernahme von Kassenangestellten.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 15. Januar 1913 (HMBl. S. 43).

Nach § 302 RVO. in Verbindung mit Art. 32 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung endigt das Vertragsverhältnis zwischen den Krankenkassen und den Angestellten spätestens zwölf Monate nach Mitteilung des Beschlusses des Oberversicherungsamts über die Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse, frühestens

Digitized by Google

im Augenblicke der Schließung oder Auflösung. Da sich infolge der Errichtung allgemeiner Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen zahlreiche Krankenkassen auflösen werden oder geschlossen werden müssen, so ist in den Kreisen der Kassenangestellten die Befürchtung laut geworden, daß bei dieser Gelegenheit zahlreiche Angestellte brotlos werden könnten, weil im Gegensatze zu § 290 RVO. die neue Kasse eine Verpflichtung zur Uebernahme der Beamten nicht habe. Im Hinblick auf die Vorschrift des Art. 32 a. a. O., wonach die Versicherungsträger geeignete Angestellte, die infolge der Neuordnung bei einer Krankenkasse entbehrlich werden, bei Annahme von Hilfskräften möglichst berücksichtigen sollen, ist diese Befürchtung zwar nicht begründet, immerhin wollen Sie die Versicherungsämter auf diese Vorschrift aufmerksam machen und anweisen, in geeigneter Form auf die demnächst zu wählenden Vorstände der neuen Krankenkassen einzuwirken, daß sie Beamte, die für die Verwendung bei der neuen Kassenverwaltung in jeder Beziehung geeignet erscheinen, weiter verwenden. Insbesondere würde es nicht der Billigkeit entsprechen, wenn bei dieser Gelegenheit alte verdiente Beamte ausgeschlossen würden in dem Bestreben, durch Einstellung junger Arbeitskräfte die Verwaltungskosten zu ermäßigen.

Mindestzahl der Mitglieder bei Zulassung von Kassen.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe und für Landwirtschaft** vom 18. Januar 1913 (HMBl. S. 43).

Durch Erlaß vom 4. November v. Js. (HMBl. S. 539) ist angeordnet worden, daß bei Ermittlung des Durchschnitts der Mitgliederzahl nach den Jahren 1910, 1911 und 1912 für die Zulassung bestehender Ortskrankenkassen und Betriebskrankenkassen nur die Pflichtmitglieder zu zählen sind. Obgleich nach den gemachten Erfahrungen der Berücksichtigung auch der freiwilligen Mitglieder kaum eine Bedeutung zukommt, so tragen wir doch keine Bedenken, dem uns verschiedentlich vorgetragenen Wunsche, auch die freiwilligen Mitglieder mitzählen zu lassen, Rechnung zu tragen, zumal in der Begründung zur Reichsversicherungsordnung darauf hingewiesen ist, daß bei der Zulassung bestehender Ortskrankenkassen nicht nur die Zwangsmitglieder der Kassen in Frage kommen sollen.

Wir bestimmen daher in Abänderung der Ziffern III 2 b Abs. 2 und IV 1 b Abs 2 des Erlasses vom 4. November v. Js., daß bei der Zulassung bestehender Orts- und Betriebskrankenkassen die Durchschnittszahl der Kassenmitglieder unter Berücksichtigung der Pflichtmitglieder und der freiwilligen Mitglieder zu ermitteln ist.

Soweit hiernach bei Ortskrankenkassen die Zahl der Mitglieder über 250 steigt, ist, sofern nicht die Zulassung der in Rede stehenden Kasse aus anderen Gründen ausgeschlossen ist, zu prüfen, ob infolge der Ausdehnung der Versicherungspflicht die freiwillig Versicherten noch Mitglieder ihrer jetzigen Kasse bleiben oder zu einer allgemeinen Ortskrankenkasse oder einer Landkrankenkasse übertreten. Ferner ist festzustellen, wieweit die in Rede stehenden freiwilligen Mitglieder zu den Personen gehören, die gemäß § 178 RVO. ihre Versicherungsberechtigung verlieren. Ergibt sich hierbei, daß die Zahl der Mitglieder wieder unter 250 sinkt, so ist die Zulassung zu versagen, weil die Leistungsfähigkeit der Kasse nicht für die Dauer gesichert ist (§ 240 Nr. 4 RVO.).

Bei Betriebskrankenkassen ist in diesen Fällen die Prüfung der Leistungsfähigkeit lediglich nach den in Ziffer IV des bezeichneten Erlasses aufgestellten Grundsätzen vorzunehmen.

Anmerkung: Vgl. Arb.-Versorgg. 1913 S. 32, 34.

Können die Krankenkassen Krankenhauspflege an Familienangehörige der Mitglieder gewähren?

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, vom 23. November 1911.

Aus einem nicht mehr festzustellenden Grunde ist beim Abdruck der im Jahrgang 1912 S. 182 mitgeteilten Entscheidung der zweite, ungleich wichtigere Teil weggeblieben. Herr Geh. Oberregierungsrat Dr. Hoffmann hat uns auf diesen Mangel freundlichst aufmerksam gemacht und uns den hier folgenden zweiten Teil der Entscheidung abschriftlich mitgeteilt.

... Bei freier Prüfung erweist sich die Sache nicht als spruchreif, weil der Umfang des auf den Kläger übergegangenen Unterstützungsanspruchs nicht feststeht. Nach der Satzung erhalten die erkrankten Familienangehörigen freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause. Diese Bestimmung geht über das gesetzlich zulässige Maß hinaus. Nach § 21 Ziff. 5 KVG. können den Angehörigen der Mitglieder freie ärztliche Behandlung, freie Arznei und sonstige Heilmittel gewährt werden. Die Gewährung freier Verpflegung ist also nicht zugelassen. Die Zulassung kann auch nicht aus § 7 KVG. abgeleitet werden. Denn nach dieser Vorschrift kann freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause an die Stelle der in § 6 vorgeschriebenen Leistungen treten, zu denen auch das Krankengeld gehört; daß die freie Kur und Verpflegung auch an Stelle eines Teils — und zwar der Regel nach des kleineren Teils — der in § 6 bezeichneten Leistungen treten könne in Fällen, in denen der Unterstützungsanspruch sich überhaupt nur auf diese Teilleistungen richtet, ist weder aus § 7 noch aus § 21 Ziff. 5 KVG. zu entnehmen.

Danach ist der Umfang des auf den Kläger übergegangenen Unterstützungsanspruchs besonders

Digitized by Google

festzustellen. Es wird dabei zu beachten sein, daß nach der Entscheidung des Senats vom 23. Mai 1910, abgedruckt im Preuß. Verwaltungsblatt Jahrg. 31 S. 784, das Pauschquantum des § 57 Abs. 5 für den Ersatz der an Angehörige von Kassenmitgliedern gewährten Unterstützung nicht maßgebend ist.

Anmerkung: Die Entscheidung bedeutet für die Praxis ein völliges Novum und eine sehr beklagenswerte Rückwärtsentwicklung. Sie müßte, wenn sie richtig wäre, nach der Reichsversicherungsordnung (§ 182 Ziff. 1, §§ 184, 205 Ziff. 1) nicht minder gelten als nach dem Krankenversicherungsgesetz und würde einer Verweisung der Versicherten auf Armenpflege in allen denjenigen Fällen gleichkommen, in denen sachgemäße Krankenpflege nach den Umständen nur im Krankenhause gewährt werden kann. Die Kasse dürfte z. B. nicht auf eigene Kosten das an einer ansteckenden Krankheit leidende Kind von den anderen Kindern trennen und ins Krankenhaus bringen; sie müßte (um nur den kassenfiskalischen Gesichtspunkt hervorzuheben) die Vervielfältigung der sie belastenden Kosten durch die Uebertragung der Krankheit auf die Geschwister gelassen hinnehmen — von Rechts wegen! Wenn dieser neue Grundsatz die preußische Praxis einstweilen beherrschen sollte, so ist zu hoffen, daß die in Zukunft nach der Reichsversicherungsordnung zur Entscheidung berufenen Instanzen den Rückschritt nicht mitmachen werden. Wir setzen hierher, was Hahn im Handbuch der Krankenversicherung Anm. 2b zu § 184 RVO. S. 230 über die Frage bemerkt: Daraus, daß die Krankenhauspflege „an die Stelle der Krankenpflege ‚und' des Krankengeldes tritt, darf nicht gefolgert werden, daß Krankenhauspflege unstatthaft sei, wenn im besonderen Falle ein Krankengeld nicht zu gewähren ist . . . Dies ist bei Beratung der Novelle von 1892 (Sten.Ber. S. 2995, 2997, 3001) als selbstverständlich anerkannt worden. Deshalb kann auch den Familienangehörigen in den Fällen des § 205 Krankenhauspflege an Stelle der Krankenpflege gewährt werden, wenn die Satzung das nicht ausschließt." — In gleichem Sinne: Hoffmann, Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung Anm. 3 zu § 184 S. 179, Reger-Henle, Anm. 20 zu § 6a KVG., Rosin, Recht der Arbeiterversicherung I S. 385 Anm. 7, Stier-Somlo, Sozialgesetzgebung S. 292 zu A c; Entscheidung des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 21. Februar 1895 bei Reger 16 S. 169, 171.

Mit der hier mitgeteilten Erwägung hat sich das Oberverwaltungsgericht nicht auseinandergesetzt. Es ist überhaupt nicht ersichtlich, daß dem Gerichtshofe bewußt gewesen sei, wie er sich durch seine Entscheidung mit der herrschenden, soviel wir übersehen, bisher unangefochtenen Auffassung in Widerspruch gesetzt hat. Wir halten die Entscheidung für unbegründet und außerordentlich bedauerlich.

(Kl.) **Frist zur Anfechtung der aufsichtsbehördlichen Entscheidung durch Klage; Klassenversetzung infolge verändertem Arbeitsverdienst.**

Entscheidung des **Gemeinschaftlichen Landgerichts in Gera**, 2. Zivilkammer, vom 24. April 1912, Aktenzeichen 2, S. 186/11.

Die Ortskrankenkasse zu G. bestimmt in ihrem Statut, daß Klassenversetzungen infolge von Lohnveränderungen nur von Monat zu Monat, und zwar am Ersten des Monats, erfolgen. Das Mitglied H. bezog seit dem 17. März 1911 einen höheren Lohn, so daß er mit dem 1. April 1911 in die erste Mitgliederklasse zu kommen hatte. Am 31. März 1911 erkrankte er infolge eines Betriebsunfalles. Er erhielt zunächst Krankengeld nach der ersten, später jedoch nur nach der zweiten Klasse. Infolge der hiergegen erhobenen Beschwerde erklärte die Aufsichtsbehörde die statutarische Bestimmung für zulässig. Die Entscheidung wurde H. am 26. Mai 1911 zugestellt. Er erhob dagegen am 21. Juni 1911 beim Amtsgericht G. Klage, die der Ortskrankenkasse am 1. Juli 1911 zugestellt wurde. Das Amtsgericht erklärte im Urteil vom 31. August 1911 den Anspruch des Klägers als sachlich berechtigt. Die Bedeutung der statutarischen Bestimmung sei zweifellos die, den Zeitpunkt festzusetzen, in dem Beiträge und Unterstützungen sich infolge der Versetzung in eine andere Klasse ändern. Jedenfalls hatte der Kläger Anspruch auf Versetzung in die erste Klasse vom 3. April 1911 an. Mit diesem Rechte aber erwirbt er ohne weiteres auch das Recht auf das Krankengeld dieser Klasse von diesem Zeitpunkt an. Denn eine Auslegung, daß ein zwar nach der Gehaltserhöhung, aber noch im laufenden Monat eintretender Unterstützungsfall auch für die ferneren Monate noch nach dem früheren Lohnsatze mit dem niedrigeren Krankengelde zu behandeln sei, ist durch nichts gerechtfertigt. — Trotzdem kam das Amtsgericht zur Abweisung der Klage, weil sie zu spät erhoben worden sei. Die Kläge werde nach der Zivilprozeßordnung erst mit der Zustellung bewirkt. Daß die Klageschrift bereits rechtzeitig bei Gericht eingegangen sei, ändert daran nichts, da jene Frist des § 58 KVG. keine Notfrist ist.

Auf eingelegte Berufung hob das Landgericht G. das Urteil des Amtsgerichts auf und verurteilte die Ortskrankenkasse nach dem Klageantrag.

Aus den Gründen:

Der Ansicht des Vorderrichters, daß die dem Kläger am 26. Mai 1911 zugestellte Entscheidung des Stadtrats zu Gera nicht rechtzeitig, innerhalb der vierwöchigen Frist des § 58 KVG., durch Klageerhebung angefochten sei, kann nicht beigetreten werden.

Für die Klageerhebung gelten die Vorschriften der Zivilprozeßordnung. Die Klage ist zwar im vorliegenden Falle der Beklagten erst am 1. Juli 1911, nach Ablauf der vierwöchigen Frist zugestellt worden, sie ist aber schon am 21. Juni 1911, also noch innerhalb dieser Frist, zu Protokoll des Gerichtsschreibers angebracht worden.

Nach § 498 Abs. 2 ZPO. gilt die Klage, unbeschadet der Bestimmung in § 496 Abs. 3 ZPO., mit der Zustellung an den Beklagten als erhoben; nach § 496 Abs. 3 leg. cit. tritt, wenn durch die Zustellung eine Frist gewahrt werden soll, die Wirkung, sofern die Zustellung demnächst erfolgt, bereits mit der Einreichung oder Anbringung des Antrages ein. Im vorliegenden Falle sollte die Zustellung die prozessuale vierwöchige Frist des § 58 KVG. deren Ablauf den Verlust des Klagerechts herbeiführt, gewahrt werden, es tritt also die Wirkung der am 1. Juli 1911 erfolgten Zustellung der Klage bereits mit deren am 21. Juni 1911 erfolgten Anbringung bei der Gerichtsschreiberei ein, es muß sonach die Klage bereits als am 21. Juni 1911

Digitized by Google

erhoben angesehen werden. Die Klage ist mithin rechtzeitig erhoben.

Was nun den Klageanspruch anlangt, so ist derselbe sachlich begründet, und es sind insoweit die Ausführungen des Vorderrichters als zutreffend zu erachten. Da nach § 10 des Status der Beklagten die Versetzung eines Versicherten infolge Veränderung des täglichen Arbeitsverdienstes von Monat zu Monat stattfinden muß, so hat der Kläger durch die am 17. März 1911 erfolgte Erhöhung seines Arbeitsverdienstes auf 4 M. den Rechtsanspruch auf Versetzung in die erste Klasse vom 1. April 1911 ab erlangt, und mußte auf jeden Fall am 1. April in die erste Klasse überwiesen werden, und zwar auch trotz des von ihm am 31. März 1911 erlittenen Unfalles, da er ja infolge des Unfalles aus seiner Stellung mit dem der ersten Klasse entsprechenden Lohn keineswegs ausgeschieden, sondern weiter darin verblieben ist, wenn er auch infolge des Unfalles vorübergehend erwerbsunfähig geworden war und in dieser Zeit tatsächlich keinen Lohn beziehen konnte.

Mit dem Rechte auf Versetzung in die erste Mitgliederkasse hat der Kläger aber auch vom 1. April ab das Recht auf das Krankengeld dieser Klasse bewirkt; es stand ihm also vom 3. April 1911 ab — das ist vom 3. Tage nach dem Unfall ab — das Krankengeld der ersten Klasse zu (vgl. Entscheidung des Großherzoglich Badischen Verwaltungsgerichtshofs vom 7. Mai 1911 in Arb.-Versorgg. Bd. 19, S. 226).

Es ist mithin der Anspruch des Klägers auf Rückzahlung der ihm am 12. Mai 1911 von der Beklagten zu Unrecht abgezogenen 9,40 M. — als bis dahin zuviel bezahlten Krankengeld — sowie auf Nachzahlung von 8 M., der Differenz zwischen dem Krankengeld der ersten und zweiten Klasse auf die Zeit vom 12. Mai bis 2. Juni 1911 begründet. Die Richtigkeit dieser Beträge ist von der Beklagten nicht bestritten.

C. Zur Unfallversicherung.

Ob und inwieweit eine Berufsgenossenschaft eine rechtskräftig festgestellte Rente aus besonderen Gründen (z. B. wegen behaupteter Aufrechnungsbefugnis) einbehalten darf, ist nicht von den Zivilgerichten, sondern von der Aufsichtsbehörde der Berufsgenossenschaft zu entscheiden.

Urt. d. **Bayr. Gerichtshofs für Kompetenzkonflikte** vom 26. Juni 1912.

Bei einem Baue des Brauers in E. erlitt der Maurer J. R. in P. am 1. Dezember 1908 einen Unfall. Die Bayr. Baugewerksberufsgenossenschaft gewährte ihm durch den Bescheid vom 1. Juni 1911 eine Unfallrente von 15 % der Vollrente, die sich bis Ende Juni 1911 auf 142,47 M. berechnete, und eröffnete ihm gleichzeitig, daß die Rente in Gemäßheit des § 96 Abs. 2 GUVG. auf die Regreßansprüche aufgerechnet werde, die der Baugewerksberufsgenossenschaft gegen ihn als Bauleiter nach § 136 GUVG. und § 46 BUVG. zustünden, weil er bei der Ausführung des Baues gegen die anerkannten Regeln der Baukunst verstoßen und dadurch den Mauereinsturz verursacht habe, bei dem er selbst den Unfall erlitten hat. Der Bescheid vom 1. Juni 1911 ist, soweit er dem J. R. eine Unfallrente gewährt, rechtskräftig.

Namens des J. R. erhob der Rechtsanwalt S. in St. am 5. August 1911 bei dem Amtsgerichte M. Klage gegen die Bayr. Baugewerksberufsgenossenschaft auf Auszahlung der Rente, indem er geltend machte, die Baugewerksberufsgenossenschaft verweigere die Rentenauszahlung aus nichtigen Gründen. In der mündlichen Verhandlung über diese Klage begründete der Vertreter der Baugewerksberufsgenossenschaft seinen Antrag auf Abweisung der Klage damit, daß der Rechtsweg unzulässig sei; werde der Vollzug eines Rentengewährungsbescheides verweigert, so stehe nur die Aufsichtsbeschwerde nach § 125 Abs. 1 GUVG. offen.

Der Rechtsweg wurde als unzulässig erachtet.

Die wirtschaftliche Sicherung der Arbeiter gegen die Folgen von Betriebsunfällen wird in der Begründung des Entwurfs des Unfallversicherungsgesetzes vom 6. Juli 1884 (Verh. des Reichst. 5. Leg.-Per. IV. Sess. 1884 Anl. Bd. 3 S. 66) als eine nicht dem Gebiete des Privatrechtes, sondern dem Bereiche der öffentlich rechtlichen Verpflichtung angehörende Fürsorgepflicht bezeichnet, die im Interesse des Staates und der Gesellschaft gelegen ist . . . Es kann daher den Ausführungen in der Entscheidung des Reichsgerichts vom 14. Mai 1887 (Reger, Bd. 8 S. 240), daß der festgestellte Anspruch des Versicherten gegen die Berufsgenossenschaft auch der Verfolgung vor den Zivilgerichten fähig ist und in ein vollstreckbares Gebot der Zahlung umgesetzt werden kann, nicht beigepflichtet werden. Auch Laß (Prozeßrecht in Unfallversicherungssachen § 93 Ziff. III S. 572) verwirft diese Ansicht und erachtet den ordentlichen Rechtsweg vor den bürgerlichen Gerichten zu dem Zweck, um die Zwangsvollstreckung der Bescheide und Urteile der Unfallversicherungsinstanzen zu zu ermöglichen, für ausgeschlossen. Der Gerichtshof für Kompetenzkonflikte hat sich schon in dem Urteil vom 11. April 1889 (Samml. der Entsch. Bd. 1 S. 176) dahin ausgesprochen, daß die Unfallversicherungsorgane hinsichtlich der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgabe ausschließlich zuständig sind und einer Einwirkung seitens der Gerichte nicht unterliegen.

Daß von den Berufsgenossenschaften die ihnen nach den Unfallversicherungsgesetzen obliegenden Verpflichtungen erfüllt werden, dafür hat das Reichsversicherungsamt — in Bayern das Landesversicherungsamt — als die über die Berufsgenossenschaften gesetzte Aufsichtsstelle zu sorgen (§§ 125 bis 127 GUVG. mit § 41 BUVG.;

Digitized by Google

§ 21 des Gesetzes, betr. die Abänderung des Unfallversicherungsgesetzes, vom 30. Juni 1900). Insbesondere haben diese Aufsichtsstellen darüber zu wachen, daß rechtskräftige Rentenansprüche der Verletzten befriedigt werden und gegebenenfalls darüber zu entscheiden, ob und inwieweit eine Berufsgenossenschaft eine rechtskräftig festgestellte Rente aus besonderen Gründen einbehalten darf (Handbuch der Unfallversicherung 3. Aufl. Bd. I S. 615 Bem. 3, 4; Dr. Rosin, Recht der Arb.-Vers. Bd. 1 S. 794; Breithaupt, Rechtspr. des Reichsversicherungsamtes S. 421). Tatsächlich hat auch das Reichsversicherungsamt in zahlreichen Fällen über Einwendungen von Berufsgenossenschaften gegen die Auszahlung einer Rente entschieden (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamtes 1888 Ziff. 505; 1889 Ziff. 690; 1891 Ziff. 966, 997; 1892 Ziff. 1180, 1181; 1896 Ziff. 1491; 1899 Ziff. 1776; 1903 Ziff. 2009; 1904 Ziff. 2031; 1905 Ziff. 2121; 1906 Ziff. 2133; 1909 Ziff. 2307; 1910 Ziff. 2355 — hier Bd. 12 S. 136, 137; Bd. 19 Beil. S. 115; Bd. 22 Beil. S. 7; Bd. 24 Beil. S. 3; Bd. 25 Beil. S. 6; Bd. 26 Beil. S. 33; Bd. 29 Beil. S. 21; Bd. 30 Beil. S. 10).

Daß die Baugewerksberufsgenossenschaft im vorliegenden Falle die Auszahlung der Rente deshalb verweigert, weil sie mit dem ihr nach § 136 Abs. 1 GUVG. und § 46 BUVG. zustehenden Regreßanspruch aufrechnet (§ 96 Abs. 2 GUVG. mit § 37 Abs. 1 BUVG.), vermag die Zuständigkeit der Gerichte nicht zu begründen, da für die Zuständigkeil die rechtliche Natur des geltend gemachten Anspruchs maßgebend ist. Das Reichversicherungsamt hat auch schon wiederholt gerade über Aufrechnungen der hier vorliegenden Art entschieden (vgl. die erwähnten Enscheidungen aus den Jahren 1903, 1905, 1906).

(Reger.)

(Kl.) **Netzhautablösung am Auge als Betriebsunfall.**

Entscheidung des **Reichsversicherungsamtes** vom 18. September 1912.

Ein Metallarbeiter hob 40 bis 50 Pfund schwere Lagerschilder vom Stapel, stellte sie auf den Fußboden, prüfte sie, und setzte sie wieder auf den Stapel. Bei dieser Arbeit verlor er plötzlich infolge Netzhautablösung die Sehkraft auf dem rechten Auge. Berufsgenossenschaft und Schiedsgericht verneinten das Vorliegen eines Betriebsunfalles. Es handele sich um eine Gewerbekrankheit. Das Reichsversicherungsamt erkannte jedoch die Rentenansprüche als berechtigt an.

Aus den Gründen:

Daß der Kläger, wie er behauptet, bei seiner Arbeit eine so schwere Erschütterung des Kopfes erlitten hat, daß sie als Ursache der Netzhautlösung angesehen werden könnte, hat der Senat auf Grund der angestellten Ermittelungen nicht für erwiesen erachtet. Dagegen war anzunehmen, daß die Netzhautablösung, zu der der Kläger infolge seiner hochgradigen Kurzsichtigkeit besonders disponiert war, an jenem Tage infolge seiner anstrengenden Tätigkeit, seines häufigen Bückens und des dadurch hervorgerufenen Blutandranges nach dem Kopfe plötzlich verursacht worden ist. Diese Annahme wird durch den Obergutachter unterstützt, welcher das Heben schwerer Lagerschilder bei hochgradiger Kurzsichtigkeit als eine für das Auge gefährliche Beschäftigung erklärt und der Meinung ist, daß die Tätigkeit des Verletzten sehr wohl geeignet war, die Erkrankung zum Ausbruch zu bringen. Wenn die Berufsgenossenschaft dagegen ausführt, es liege hier nicht ein Betriebsunfall, sondern eine Gewerbekrankheit vor, so ist ihr entgegenzuhalten, daß der Akt der Netzhautablösung sicherlich ein einmaliges Ereignis ist, das einen Unfall darstellt. Auf eine Gewerbekrankheit dagegen ist möglicherweise die Disposition zu diesem Unfall zurückzuführen, die infolge häufigen Bückens allmählich immer mehr zunehmende Kurzsichtigkeit. Daß aber infolge solcher Kurzsichtigkeit die Netzhaut sich ablöst, geschieht innerhalb eines kurzzeitigen einmaligen Ereignisses. Hiernach ist das Leiden des Verletzten auf ein plötzliches, d. h. in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis zurückzuführen, für welches die Berufsgenossenschaft diesen zu entschädigen hat.

(Sch.) **Unfall eines in der Landwirtschaft tätigen Arbeiters beim Abladen eines Fasses Branntwein, das zum Verkauf an die im Ziegeleibetriebe desselben Arbeitgebers beschäftigten Arbeiter bestimmt war, kein Betriebsunfall.**

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 13. November 1912.

Der Arbeiter W. hatte an einem Sonntage im Juli 1910 auf der Ziegelei des Hof- und Ziegeleibesitzers F. beim Abladen eines Fasses Branntwein, der zum Verkauf an die Ziegeleiarbeiter bestimmt war, einen Unfall erlitten. Der Unfall wurde bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft angemeldet. Diese gab zunächst die Verhandlungen zuständigkeitshalber an die Ziegelei-Berufsgenossenschaft ab, weil der Unfall als im Ziegeleibetriebe erlitten anzusehen sei. Die Ziegelei-Berufsgenossenschaft wiederum bestritt ihre Zuständigkeit, weil der Verletzte Arbeiter der Torfgräberei des Unternehmers F. sei, und diese dem landwirtschaftlichen Betriebe des F. zuzurechnen sei. Darauf übernahm die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, als die im Verfahren zuerst in Anspruch genommene Berufsgenossenschaft die vorläufige Fürsorge für den Verletzten und gewährte ihm eine Rente. Gleichzeitig beantragte sie beim Reichsversicherungsamt eine Entscheidung darüber, welche Berufsgenossenschaft für den vorliegenden Unfall entschädigungspflichtig sei. Dieser Antrag wurde indessen hinfällig, nachdem die Ziegelei-Berufsgenossenschaft bestritten hatte, daß überhaupt ein entschädigungspflichtiger Unfall vorliege.

Nunmehr hat die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft durch Bescheid vom 2. Mai 1911 die Entschädigungsansprüche des Verletzten abgelehnt, da ein landwirtschaftlicher Betriebsunfall nicht vorliege.

In der Berufungsverhandlung hat der Verletzte noch

Digitized by Google

angegeben, er sei etwa seit 1905 (im Sommer) bei F. beschäftigt, und zwar mit Torfgraben. Der Torf sei zum größten Teil für den Ziegeleibetrieb, aber auch für Haushaltszwecke bestimmt. Ab und an habe er im Ziegeleibetriebe mit geholfen, wenn der Dienstherr oder der Ziegelmeister dies wünschten. Er arbeite in Akkord und erhalte einen Lohn von durchschnittlich 26 M. wöchentlich; er sei in Kost beim Ziegelmeister. Die Torfgräberei befände sich in der Nähe der Ziegelei; von dem landwirtschaftlichen Betriebe des F. sei ihm weiter nichts bekannt. An dem fraglichen Tage habe der Sohn des Ziegelmeisters das vom Ziegelmeister bestellte, für den Bedarf der Ziegelarbeiter bestimmte Faß Branntwein mit dem Wagen geholt. Die Ziegeleiarbeiter, durchweg einheimische, seien abwesend gewesen. Da habe der Sohn des Ziegelmeisters zu ihm (dem Verletzten) gesagt, das Faß könne bei der herrschenden Wärme unmöglich auf dem Wagen bleiben, worauf er (Verletzter) gesagt habe, er wolle mit helfen, das Faß vom Wagen zu heben. Dabei sei der Unfall passiert.

Die Berufung wurde vom Schiedsgerichte zurückgewiesen.

Vom Schiedsgerichte sei im vorliegenden Falle nur darüber Entscheidung zu treffen, ob die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zur Entschädigung verpflichtet sei, oder nicht.

Es könne dahingestellt bleiben, ob die Torfgräberei als Nebenbetrieb dem landwirtschaftlichen Betriebe des F. zugehörte und ob der Verletzte als ein in diesem Betriebe hauptsächlich beschäftigter Arbeiter anzusehen sei. Jedenfalls würde ein von der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft zu entschädigender Betriebsunfall nur dann vorliegen, wenn der Unfall den Verletzten entweder bei Verrichtung einer landwirtschaftlichen Betriebsarbeit im Sinne des § 1 LUVG., oder aber bei Verrichtung einer unter den § 2 a. a. O. fallende Tätigkeit betroffen hätte. Daß das Anheben eines für die Ziegeleiarbeiter bestimmten Fasses Branntwein keine zum Betriebe der Landwirtschaft (oder Torfgräberei) gehörige Arbeit darstellt, bedürfe keiner weiteren Ausführung, Mithin könne der Anspruch des Klägers auf den § 1 cit. nicht gestützt werden. Die Anwendung des § 2 cit. aber würde voraussetzen, daß der Verletzte in seiner Eigenschaft als landwirtschaftlicher Arbeiter zu der unfallbringenden Tätigkeit von dem Arbeitgeber oder dessen Beauftragten herangezogen worden wäre. Der Arbeitgeber F. sei indessen zweifelsohne mit der vorliegenden Sache nicht befaßt gewesen, und der Sohn des Ziegelmeisters könne nicht wohl als „Beauftragter" des Arbeitgebers gegenüber dem Verletzten angesehen werden, ganz abgesehen von der Frage, ob nach dem eigenen Vorbringen des Klägers von einem „Heranziehen" überhaupt die Rede sein könne. Hiernach könne der Anspruch des Verletzten gegen die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft auch nicht auf den § 2 a. a. O. gestützt werden, und es erübrige deshalb nur die Abweisung der Berufung. Auch der Rekurs wurde zurückgewiesen.

Aus den Gründen:

Es fehlt für die Annahme, daß die Tätigkeit, bei der der Verletzte verunglückte, dem landwirtschaftlichen Betriebe des Arbeitgebers nach § 1 LUVG. zuzurechnen wäre, jeder Anhalt. Die gepflogenen Erhebungen haben aber auch nichts dafür gegeben, daß die Anschaffung des Fasses Branntwein durch den Ziegelmeister zwecks Abgabe des Branntweins an die Ziegeleiarbeiter dem Ziegeleibetriebe gedient habe. Mindestens tritt hier das Betriebsinteresse vollständig hinter dem persönlichen Interesse der Ziegeleiarbeiter zurück. Auch § 3 GUVG. konnte nicht Anwendung finden, da der Kläger zum Abladen des Fasses nicht vom Arbeitgeber oder einem Beauftragten herangezogen worden war Der Unfall des Verletzten ist also kein Betriebsunfall.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

(E.) **Zum Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung. § 23 JVG., Ersatzansprüche von Versicherungsanstalten für Heilverfahren wird seit 1. Januar 1912 durch § 1520 RVO. ersetzt.**

Entscheidung des **Bayer. Verwaltungsgerichtshofs** vom 16. Dezember 1912.

Die Köchin Anna S. wurde in der Zeit vom 15. Oktober 1910 bis 16. März 1911 im Krankenhause zu München vorigen Jahres ärztlich behandelt und verpflegt; die Kosten dieses Heilverfahrens wurden von der Versicherungsanstalt für Oberbayern übernommen, jedoch wurde Ersatzleistung nach Maßgabe des § 18 Abs. 3 JVG. von der Gemeindekrankenversicherung München beansprucht. Der Ersatz wurde jedoch abgelehnt, da die S. bereits vor Eintritt in ihr Dienstverhältnis erkrankt gewesen sei. Die Regierung erkannte am 26. Januar 1912 auf Grund des § 23 Abs. 2 JVG., Art. 1 des bayer. Ausführungsgesetzes vom 15. Dezember 1899 und § 4 der Kaiserl. Verordnung vom 8. Juni 1892, daß die Gemeindekrankenversicherung schuldig sei Ersatz zu leisten. Hiergegen legte der Stadtmagistrat München Beschwerde zum Verwaltungsgerichtshof ein mit dem Antrage, „es solle die Sache an den Stadtmagistrat München zur Entscheidung verwiesen werden; ev. es wolle die Ersatzpflicht der Gemeindekrankenversicherung verneint werden". Der primäre Antrag ist gestützt auf Art. 2, 7, 85, 87 Einf.Ges. z. RVO. vom 19. Juli 1911. Der Verwaltungsgerichtshof hob den Regierungsbescheid auf und erkannte: 1. das Verwaltungsstreitverfahren ist unzulässig, 2. die Streitsache ist an den Stadtmagistrat München abzugeben.

Aus den Gründen:

Da der Bescheid der Vorinstanz erst unterm 26. Januar 1912 ergangen ist, ist die Frage zu würdigen, ob die Streitsache noch in dem von der Regierung angewandten Verwaltungsstreitverfahren zu erledigen war. Diese Frage ist zu verneinen. Art. 85 Einf.Ges. z. RVO. bestimmt: Ist ein Verfahren an dem Tage, an welchem die Vorschriften des 6. Buches der Reichsversicherungsordnung („Verfahren") in Kraft treten, bereits anhängig, so wird es nach den bisher geltenden Vorschriften erledigt, soweit die Art. 86—99 nichts anderes vorschreiben. Art. 86 lautet: „Ist an dem im Art. 85 bezeichneten Tage ein Verfahren, das nach § 58 RVO. bei der Aufsichtsbehörde einer Gemeindekrankenversicherung oder Krankenkasse zu erledigen ist, anhängig, so ist die Sache an das Versicherungsamt abzugeben, wenn darüber noch nicht entschieden ist; für das weitere Verfahren

Digitized by Google

gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung." Art. 87 bestimmt unter anderem: „Die Vorschrift des Art. 86 gilt auch für die Fälle, in denen . . . 2. an dem im Art. 85 bezeichneten Tage nach § 23 Abs. 2 JWG. ein Verfahren vor der Aufsichtsbehörde anhängig ist." Art. 2 Abs. 1 bestimmt: „Die Vorschriften ihres (der Reichsversicherungsordnung) 4. Buches (Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung) und die zu ihrer Durchführung erforderlichen ‚anderen' Vorschriften der Reichsversicherungsordnung treten mit dem 1. Januar 1912 in Kraft." Welche anderen Vorschriften zur Durchführung des 4. Buches notwendig sind, kann zu mehrfachen Zweifeln Anlaß geben. Jedenfalls aber unterliegt es keinem Bedenken, zu diesen Vorschriften die des 6. Buches („Verfahren") — insoweit sie für das 4. Buch überhaupt in Betracht kommen können — zu rechnen, denn die Vorschriften über das Verfahren stehen in engem Zusammenhange mit den rechtsbegründeten Vorschriften, da erstere gerade den Zweck haben, den materiell-rechtlichen Bestimmungen des Gesetzes auch im Streitfalle Anerkennung zu verschaffen. Zum weiteren Beleg für die Richtigkeit dieser Auffassung sei darauf hingewiesen, daß mit Art. 3 der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 auch „die Vorschriften des 3. Buches (Unfallversicherung) und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften mit Wirkung vom 1. Januar 1913 in Kraft gesetzt wurden, ohne daß die Vorschriften über das Verfahren hierbei spezielle Erwähnung gefunden haben. Mit den vorstehenden Ausführungen ist jedoch die Zuständigkeitsfrage noch nicht erschöpft, da die hier in Frage stehenden Ersatzansprüche der Versicherungsanstalt weder im 4. noch 6. Buche der Reichsversicherungsordnung geregelt sind, sondern in ihrem 5. mit der Ueberschrift: „Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten." Der Gerichtshof erachtet es als gerechtfertigt, auch die diesbezüglichen Bestimmungen der §§ 1518, 1520 RVO. den anderen Vorschriften im Sinne des Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges. beizuzählen. Hierfür spricht der Umstand, daß bereits in dem dem 4. Buche der Reichsversicherungsordnung angehörigen § 1269 den Versicherungsanstalten die Befugnis zuerkannt ist, behufs Anwendung einer infolge Erkrankung drohenden Invalidität eines Versicherten ein Heilverfahren einzuleiten. Es würde den Versicherungsanstalten der Gebrauch dieser Befugnis wesentlich erschwert werden, wenn ihnen nicht zugleich für den Regelfall — Zugehörigkeit des Erkrankten zu einer Krankenkasse — Ersatzansprüche zugestanden worden wären und deren Geltendmachung im Streitfalle gesichert wäre. Die §§ 1518, 1520 stellen sich hiernach als zur Durchführung der Bestimmungen des § 1269 erforderlichen Vorschriften im Sinne des Art. 2 Abs. 1 des Einf.Ges. dar. Diese Eigenschaft kann um so unbedenklicher zuerkannt werden, wenn berücksichtigt wird, daß die Einschaltung der Worte: „und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften" in Art. 2 Einf.Ges. augenscheinlich zu dem Zwecke erfolgt ist, um zusammengehörige auf ein und dasselbe Versicherungsgebiet (hier die Invalidenversicherung) bezügliche Bestimmungen, deren Behandlung in verschiedenen Büchern der Reichsversicherungsordnung lediglich aus gesetzgebungstechnischen Gründen angezeigt war, möglichst gleichzeitig in Wirksamkeit treten zu lassen. Daß etwa die Bedeutung der erwähnten Einschaltung in der bloßen Ermöglichung organisatorischer Maßnahmen sich nicht erschöpft, ergibt die Erwägung, daß es bei einer solch beschränkten Zweckbestimmung dieses Zusatzes im Hinblick auf die Bestimmung im Art. 1 Einf.Ges. einer besonderen gesetzlichen Vorschrift überhaupt nicht bedurft hätte. Die Regierung hätte sonach mit Rücksicht auf Art. 87 Einf.Ges. z. Reichsversicherungsordnung im Zusammenhalt mit §§ 2 und 9 der Bekanntmachung des Ministeriums des Innern vom 29. Dezember 1911 sich einer sachlichen Entscheidung enthalten müssen und die Sache an den Stadtmagistrat München abgeben sollen. Dem steht auch nicht die Streitbeteiligung der Gemeindekrankenversicherung entgegen, da die angezogene Bekanntmachung besondere Zuständigkeitsvorschriften für den Fall der Streitbeteiligung von Gemeindekrankenversicherung unmittelbarer Städte nicht enthält. Vgl. Amtl. Nachr. 1912 S. 674, Reger Bd. 32 Beil. S. 2, Düttmann Bd. 1 S. 2, Dannenberg-Hänel-Stempel Bd. 1 S. 497; anderer Meinung: Arb.-Versorgg. Bd. 29 S. 725.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

(M.) Unlauterer Wettbewerb im Krankenversicherungswesen.

Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichts vom 18. September 1912.

Die Deutschnationale Kranken- und Begräbniskasse in Hamburg, eine eingeschriebene Hilfskasse, ist eine Konkurrentin der Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte. Sie ist dieser im Wettbewerb scharf entgegengetreten, und hat in Flugblättern die Mitglieder derselben aufgefordert, aus dieser aus- und bei ihr einzutreten, indem sie ihnen die Vorteile ihrer Einrichtungen und Leistungen gegenüber denen der Ortskrankenkassen überhaupt, und der genannten insbesondere, lebhaft anpries. Darauf hat M. eine Schrift: „Kaufmännische Krankenkasse", nach ihrer Einleitung im Auftrage unbeteiligter

Digitized by Google

Interessen des Krankenkassenwesens, erscheinen lassen, in welcher er einen Vergleich der Kasse einesteils mit der Ortskrankenkasse und andererseits mit den übrigen zentralistischen freien Hilfskassen zieht, und zu dem Ergebnis kam:

1. „Daß die Höchstleistungen der Ortskrankenkasse bei etwa gleichem Mitgliedsbeitrage bis zu 254 % größer seien als die der deutschnationalen;

2. daß die Leistungen der Kasse dem mittleren Mitgliede (d. h. im Durchschnitt) 102 % teurer zu stehen gekommen seien, als die gleichen Leistungen der Ortskrankenkasse;

3. daß die dem erkrankten Mitgliede gewährten Leistungen bei der Kasse 135 % teurer seien, als bei der Ortskrankenkasse;

4. daß die Kasse die leistungsunfähigste aller zentralistischen kaufmännischen freien Hilfskassen sei, die gleiche Leistung komme dem mittleren Mitgliede bei der Kasse zwischen 17 und 26 % und 55 % teurer zu stehen, als bei den übrigen genannten Hilfskassen;

5. daß die Verwaltungskosten, insbesondere bei der Kasse 22 %, bei den übrigen kaufmännischen Hilfskassen und der Ortskrankenkasse dagegen nur 11 % der Gesamtausgaben betrugen und mithin der Verwaltungsapparat ersterer gerade noch einmal so teuer arbeite als durchschnittlich derjenige der übrigen genannten Kassen;

6. daß die Kasse in der Zukunft nicht in der Lage sein werde, ihre Verpflichtungen zu erfüllen, wenn nicht eine solche Erhöhung der Mitgliederbeiträge eintrete, die aus Konkurrenzrücksichten als ausgeschlossen gelten müsse."

Die Kasse, welche diese Schrift als eine im Auftrage der Ortskrankenkasse erlassene Kampfschrift bezeichnet, behauptete die Unwahrheit der in der Schrift enthaltenen Darlegungen und der bezeichneten Ergebnisse, welche in einem sogenannten Resumé zusammengefaßt mit den Einleitungssätzen der Schrift gesondert verbreitet worden sind, und hat mit der weiteren Behauptung, daß die Verbreitung dieser unrichtigen Angaben ihren Kredit und ihr Fortkommen gefährde und auch gegen die guten Sitten verstoße, Klage auf Unterlassung der obigen unter 1—6 angegebenen Behauptungen erhoben.

Das Landgericht Hamburg, Kammer VI, hat die Klage bezüglich des Punktes 6 abgewiesen, ihr aber im übrigen gegen den Verfasser M. entsprochen.

Das Hanseatische Oberlandesgericht VI hat, auf Berufung des M., die Klage gegen M. auch wegen der Punkte 2, 3, 4 und 5 abgewiesen, und nur bezüglich des Punktes 1 die Verurteilung des Landgerichts bestätigt.

Dem Landgericht ist darin zuzustimmen, daß die angestellte Verbots- oder Unterlassungsklage auf die §§ 823, 826 BGB. nicht gestützt werden kann, weil weder die Verletzung eines der im § 823 bezeichneten Rechtsgüter in Frage kommt, noch irgendein Beweis dafür vorliegt, daß M. die ihm zur Last gelegten Behauptungen wider besseres Wissen aufgestellt hat und daß mithin in ihnen ein Verstoß gegen die guten Sitten nicht erblickt werden kann. In Frage kommt für die Klagebegründung nur § 824 BGB., welcher zum Schadensersatz denjenigen verpflichtet, der unwahre Tatsachen, die geeignet sind, den Kredit eines anderen zu gefährden oder sonstige Nachteile für dessen Erwerb oder Fortkommen herbeizuführen, behauptet oder verbreitet, sofern er die Unwahrheit dieser Tatsachen kennt oder kennen muß. Dem so Geschädigten gibt eine feststehende Rechtsprechung neben dem Schadensersatzanspruch auch eine Klage auf Unterlassung solcher Behauptungen und ihrer Verbreitung, wenn ihre Fortsetzung oder Wiederholung ernstlich zu besorgen steht. Danach wird also erfordert, daß eine Tatsache, d. i. ein bestimmtes äußeres oder inneres Geschehnis oder ein gegenwärtiger Zustand, behauptet und nicht etwa ein subjektives Urteil abgegeben ist. Die Unterscheidung, ob das eine oder das andere vorliegt, ist im Einzelfall nicht immer leicht. Denn auch unter der Form eines Urteils kann sich die Behauptung einer Tatsache verstecken. Sofern dies der Fall ist, kommt es darauf an, ob die Richtigkeit oder Unrichtigkeit der Behauptung nach den vorliegenden Tatumständen objektiv festgestellt werden kann. Wie schon in einer früheren Entscheidung des Hanseatischen Oberlandesgerichts II vom 18. Januar 1908 näher ausgeführt ist, ist diese Möglichkeit gegeben, wenn der Inhalt des ausgesprochenen Urteils der Art ist, daß jeder bei Kenntnis der zugrunde liegenden tatsächlichen Verhältnisse, bzw. sofern deren Beurteilung Sachkenntnis erfordert, jeder Sachverständige zu dem gleichen Ergebnisse kommen muß, während von objektiver Feststellbarkeit nicht gesprochen werden kann, vielmehr nur eine subjektive Ansicht vorliegt, wenn der Sachverhalt von kundigen Beurteilern verschieden beurteilt werden kann. Dieser Ausführung kann sich auch der erkennende VI. Senat nur anschließen. Wendet man nun diese Begriffsbestimmung auf den Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits an, so kann man jedenfalls bezüglich der Punkte 2—5 des Klaganspruchs der Ansicht des Landgerichts, daß es sich darin um das Verbot tatsächlicher Behauptungen handelt, nicht folgen. Es wird dann im Urteil näher ausgeführt, daß diese Angaben dahingehen, daß die Leistungen der Kasse ihren Mitgliedern weit teurer zu stehen kämen, als die der Ortskrankenkasse für kaufmännische Betriebe. Anders dagegen verhält es sich mit Punkt 1 der Klage, daß bei etwa gleichem Mitgliedsbeitrag die Höchstleistungen der Ortskrankenkasse bis zu 254 % größer seien als die der Deutschnationalen Kasse. Hier handelt es sich darum, daß M. behauptet, im „Sollstand", d. h. nach den Bestimmungen der maßgeblichen Satzungen, seien unter Zugrundelegung eines etwa gleichen Beitrages die Höchstleistungen im genannten Maße bei der Ortskrankenkasse größer als bei der Kasse. Jeder unbefangene Leser wird und muß diese Worte so verstehen, daß die Ortskrankenkasse um zweieinhalbmal größere Krankengelder, Sterbegelder usw. zahle als die Kasse. Das ist aber nicht der Fall. Die 254 % kommen vielmehr so heraus, daß M. sich einen Einzelfall denkt, in welchem der

Digitized by Google

Versicherte bei der Ortskrankenkasse Familienunterstützung erhält, die die Deutschnationale Kasse statutarisch nicht gewährt, und Sterbegelder bei der Ortskrankenkasse in einer Zeit fällig werden, für welche die Deutschnationale Kasse Sterbegelder noch nicht auszahlt. Selbst wenn nun auch die Berechnung des M. auf diesen Einzelfall zutreffend sein sollte, so enthielte doch jene als absolut aufgestellte Behauptung, indem sie die Besonderheit des gedachten Falles verschweigt, eine unwahre Tatsache. Die Unwahrheit verliere auch dadurch nicht an Gewicht, daß M. dem angegebenen Prozentsatz ein „bis zu" vorgesetzt hat. Ob M. wissentlich oder unwissentlich jene irreführende Behauptung aufgestellt hat, ist ohne Bedeutung, da, wie auch der Sachverständige B. bestätigt, M. als fachmännischer Schriftsteller ohne Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt „einen so unmöglichen Vergleich" nicht vornehmen konnte. Da somit M. schuldhaft gehandelt hat, so liegen die Voraussetzungen des § 824 BGB. mithin auch nach dieser Richtung vor, und es bedarf nicht eines Eingehens auf die streitig gewordene Frage, ob die Unterlassungsklage in derartigen Fällen überhaupt ein Verschulden auf seiten des M. erfordert, und nicht vielmehr die Klage auch ohne diese Voraussetzung gewährt werden muß, wie Reichsgericht nach Analogie der dinglichen „Negatorienklage" angenommen hat. Auch muß mit der Deutschnationalen Kasse dafür gehalten werden, daß allerdings noch jetzt die Befürchtung, es könne die Behauptung weiter aufgestellt und verbreitet werden, begründet ist.

Denn M. hat im Prozesse nach wie vor die Richtigkeit seiner Auffassung vertreten. Daß mittlerweile sich die Verhältnisse geändert haben, auch verschiedene Statutenänderungen der Kasse vorgenommen sind, ist kein Grund, M. zuzutrauen, daß er jetzt die gleiche Behauptung nicht wiederholen werde. Ebensowenig kann bejaht werden, daß er an der Aufstellung der Behauptung ein rechtliches Interesse hatte: als volkswirtschaftlicher Schriftsteller mag er sich mit den Verhältnissen von Krankenkassen im allgemeinen befassen, nicht aber ist es seine Aufgabe, in den Konkurrenzkampf zweier einzelner Kassen einzutreten. Endlich kann auch das Publikum, für das seine Schrift bestimmt war, kein Interesse daran haben, in dieser Weise über die Leistungen der Krankenkassen aufgeklärt zu werden.

F. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des deutschen Reichskanzlers vom 11. Januar 1913, betreffend Ausführung des § 392 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

— RGBl. Nr. 6. S. 19. —

I. Die von dem Arbeitgeber an seinem Zuschuß gekürzten Beträge werden höchstens insoweit an die Lebensversicherungsunternehmung weitergezahlt, als der Beitrag (die Prämie) den für die Befreiung des Angestellten von der eigenen Beitragsleistung nach § 390 Abs. 1 a. a. O. erforderlichen Betrag übersteigt.

Die weiterzuzahlenden Beträge bleiben für die ganze Dauer der Weiterzahlung unverändert.

II. Die Weiterzahlung der unter I bezeichneten Beträge an die Lebensversicherungsunternehmung ist nur zulässig, wenn

1. der Arbeitgeber den Zuschuß zu den Beiträgen (Prämien) für die Versicherung des Angestellten in den Fällen des § 390 Abs. 1 a. a. O. schon vor dem 5. Dezember 1911 und in den Fällen des § 390 Abs. 2 a. a. O. vor dem Eintritt in die Versicherungspflicht geleistet hat,
2. der Versicherte nachweist, daß der Arbeitgeber sich verpflichtet hat, die Weiterzahlungen nach den Bestimmungen des Versicherungsvertrags auf Anfordern der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unmittelbar an die Lebensversicherungsunternehmung abzuführen.

III. Eine Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente gilt als gesichert (§ 392 Abs. 3. Nr. 3 a. a. O.), wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Die Forderung aus der Versicherung zu demjenigen Teile, welcher dem gekürzten Betrage der reichsgesetzlichen Arbeitgeberzuschüsse entspricht, muß vorbehaltlos und endgültig abgetreten sein.
2. Für den Fall, daß der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag erfüllt, muß der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Erfüllung der vereinbarten Leistung gewiß sein.
3. Die Versicherung muß rückkaufsfähig sein.
4. Der Versicherte hat nachzuweisen, daß die Versicherungsunternehmung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte das Recht einräumt, den ihr abgetretenen Teil der Versicherung durch Zahlung der entsprechenden Prämie auch dann aufrechtzuerhalten, wenn der übrige Teil infolge Nichtzahlung der Prämie verfällt.

   Ist nach dem Versicherungsvertrage die Aufrechterhaltung eines Teiles der Versicherung nicht möglich, und wird ein solches

Digitized by Google

Recht auch auf Ansuchen nicht eingeräumt, so hat der Versicherte bei der Abtretung der Forderung aus der Versicherung zu erklären, daß er für den Fall, daß er die Prämie nicht zahlt, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte das Recht einräumt, in alle Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag einzutreten. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat dafür dem Versicherten bei Fälligkeit der Versicherungsleistung denjenigen Betrag auszuzahlen, welcher den für ihn früher an die Versicherungsunternehmung geleisteten Prämien entspricht.

5. Der Angestellte hat der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte aus seiner Versicherung einen nach der Formel

$$S = \frac{b \cdot R}{P}$$

zu berechnenden Teil abzutreten. (Hierin bedeuten S den abzutretenden Teil, b den weitergezahlten Beitragsteil, R den Barwert der zukünftigen Prämienzahlung im Jahresbetrag 1 und P die einmalige Nettoprämie für die Versicherungsleistung 1.) Als Rechnungsgrundlagen gelten die für die Tarifberechnungen der Lebensversicherungsunternehmung beim Abschluß der Versicherung maßgebend gewesenen Grundlagen; sind diese nicht zu beschaffen, so ist die Tafel M und W I der 23 deutschen Lebensversicherungsgesellschaften und ein Zinsfus von $3\,^1/_2$ vom Hundert zu verwenden.

IV. Dem Antrag sind außer den unter Nr. II 2, III 4 bezeichneten Nachweisen und Erklärungen beizufügen:

a) der Versicherungsschein (Aufnahmeschein u. dgl.) und die zugehörigen Versicherungsbedingungen,

b) der Nachweis über die Zahlung der zuletzt fällig gewesenen Prämie oder den zuletzt fällig gewesenen Mitgliedsbeitrag,

c) die Versicherungskarte,

d) der Nachweis dafür, daß der Arbeitgeber bereits vor dem unter Nr. II 1 bezeichneten Zeitpunkt den Zuschuß geleistet hat.

Die Reichsversicherungsanstalt kann weitere Unterlagen zur Klarstellung des Antrags verlangen.

V. Die Lebensversicherungsunternehmungen haben der Reichsversicherungsanstalt außer in den Fällen der Nr. II 2 für die Abführung der Beiträge eine Vergütung von 1 vom Hundert der überwiesenen Beträge zu zahlen. Alle sonstigen aus Ueberweisungsanträgen entstehenden Kosten trägt der Antragsteller.

VI. Mit Lebensversicherungsunternehmen, die Fabrik-, Betriebs-, Haus-, Seemanns- und ähnliche Kassen für eine oder mehrere Unternehmungen sind und nicht zu den Zuschußkassen oder öffentlich-rechtlichen Pensionskassen (§§ 365, 387, 389 a. a. O.) gehören, vereinbart die Reichsversicherungsanstalt die Bedingungen, unter denen die von den Arbeitgebern an ihren Zuschüssen gekürzten Beträge weitergezahlt werden können.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Vorstand des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen

hält am 3. März 1913 in Berlin eine Sitzung ab und gibt den Verbandskassen und Kassenverbänden anheim, wichtige zur Besprechung geeignete Gegenstände bis 28. Februar d. J. der geschäftsführenden Kasse mitzuteilen.

Das Deutsche Komitee für internationale Sozialversicherung

hielt am 3. Februar im Reichsversicherungsamt eine Vollversammlung ab. Den Vorsitz führte Unterstaatssekretär Dr. v. Mayr. In seiner Begrüßungsrede dankte er dem Reichsversicherungsamt für die den Anwesenden überreichten Neuausgaben eines Leitfadens der deutschen und einer Uebersicht der internationalen Arbeiterversicherung. Gerade diese sorgsame und objektive Darstellung zeige, daß die pessimistischen Darlegungen einiger Autoren, die nur die Schattenseiten übertrieben schildern, sich sehr im Unrecht befänden. Hätten sie recht, so wäre es unerklärlich, wie fast alle Kulturstaaten Europas dem deutschen Vorgehen gefolgt seien.

Über die Ergebnisse der Züricher Konferenz im Herbst 1912 berichteten Senatspräsident Dr. Klein (über Versicherung der Selbständigen — in Vertretung des Referenten Prof. Piloty-Würzburg — und über internationale Unfallstatistik), Landesrat Dr. Freund (in Vertretung des Referenten Ministerialrats Dr. Zahn-München — über Belastung und Entlastung durch die Sozialversicherung) und Geheimrat Bielefeld (über freiwillige Volksversicherung). Dr. Freund wandte sich entschieden gegen die einseitige Berichterstattung Belloms betreffs des wertvollen Zahnschen Materials, sowie gegen die bekannten Schriften von Friedensburg und Bernhardt.

Ueber die Stellungnahme zu den Beschlüssen der Züricher Konferenz berichtete Direktor Dr. Zacher.

a) Hinsichtlich der internationalen Erhebung über die Frage, ob die Zwangsversicherung über die Lohnarbeiter hinaus auf Angestellte, Hausgewerbetreibende und Kleinunternehmer auszudehnen sei, erübrige sich eine Umfrage in Deutschland, weil hier diese Frage bereits ihre gesetzliche Lösung gefunden habe; es genüge daher eine Darstellung des Vorhandenen, um welche Prof. Dr. Piloty und Senatspräsident Dr. Klein vom Präsidium gebeten werden. Diese Darstellung soll sich auch auf die Beantwortung solcher Punkte des internationalen Fragebogens erstrecken, die dann etwa noch nicht erledigt sein sollten. Geheimrat Dr. Dietz befürwortete die zwangsweise Einbeziehung der Hand-

Digitized by Google

werker und Hausgewerbetreibenden, bis 3000 M. Einkommengrenze, wie er es auf der Zürücher Konferenz bereits gefordert hätte. Arbeitssekretär Schmidt wies darauf hin, daß die Stimmung in den Handwerkerkreisen, die früher nicht durchaus für den Versicherungszwang eingenommen gewesen wäre, neuerdings mehr dafür sei; er hält es aber für schwer, die richtige Abgrenzung zu finden. Dagegen wendet sich Geheimrat Bielefeld, der auf die Möglichkeit der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung hinweist. Abg. Fräßdorf schließt sich Geheimrat Dietz an.

b) Ueber den Ausbau der freiwilligen Volksversicherung bedarf es, wie Dr. Zacher weiter ausführt, ebenfalls keiner Umfrage, da hierüber bekanntlich verschiedene Pläne zur behördlichen Genehmigung bereits vorliegen und in Kurzem zum Abschluß kommen sollen. Es werde daher eine Darstellung dieser Entwicklnng genügen, um welche Geheimrat Bielefeld und Regierungsrat Dr. Reuß gebeten werden. Auf Antrag des Kassenvorsitzenden Simanowsky soll der internationale Fragebogen betr. Volksversicherung alsbald nach Eingang allen Mitgliedern des Deutschen Komitees mitgeteilt werden mit dem Anheimgeben, etwaige Aeußerungen dazu dem Präsidium binnen bestimmter Frist zugehen zu lassen.

c) Betreffs Belastung und Entlastung durch die Sozialversicherung soll nach weiterer Mitteilung von Dr. Zacher mit Rücksicht auf die obwaltenden Schwierigkeiten und die auseinandergehenden Ansichten zunächst ein internationaler Ausschuß von Fachleuten versuchen, einen international verwendbaren Fragebogen zu entwerfen, dieser Entwurf dann allen nationalen Komitees zur Begutachtung zugehen und daraufhin vom Comité permanent in dessen nächster Sitzung über die endgültige Fassung und die Aussendung des Fragebogens beschlossen werden. Es bleibt daher zunächst der Eingang des vorerwähnten Entwurfs abzuwarten, bevor das Deutsche Komitee dazu Stellung nehmen kann.

In der Diskussion nahm Arbeitersekretär Schmidt zu einzelnen Punkten des Freundschen Vortrags Stellung, insbesondere zu der Beeinflussung der Löhne durch die Sozialversicherung. Unzweifelhaft habe diese den Arbeiterstand gehoben, aber im Einzelfalle sei die Rente doch häufig zu gering und bewahre nur vor der Armenpflege. Im übrigen stehe aber die Arbeiterversicherung viel zu hoch, als das man sie danach beurteilen dürfe, ob sie die Sozialdemokratie gefördert oder geschwächt habe.

Die Anregung Dr. Freunds, eine Kundgebung des Komitees gegen die ganz einseitigen Schriften Friedensburgs und Bernhardts zu veranlassen, wurde vom Arbeitersekretär Schmidt befürwortet. Die Versammlung erklärte einstimmig ihre Zustimmung zu den diesbezüglichen Ausführungen Dr. Freunds, der insbesondere bemängelte, daß das reichhaltige Material des Zahnschen Referats in der Bernhardschen Schrift keinerlei Berücksichtigung gefunden habe. Direktor Stieber verteidigte Geheimrat Weidtmann gegen Vorwürfe, welche Dr. Freund gegen dessen Auftreten in Zürich gerichtet hatte. Dr. Freund verlangte auf internationalen Kongressen Zurückhaltung in bezug auf solche kritische Aeußerungen, die nur vor ein nationales Forum gehören; hiergegen habe Geheimrat Weidtmann erheblich verstoßen. Auch Geheimrat Bielefeld stimmte dieser Auffassung bei und meinte, daß Geheimrat Weidtmann so gerade gegen die Interessen der Arbeitgeber gehandelt habe. Prof. Hartmann führte tatsächliches Material zur Beleuchtung der Zuverlässigkeit der Bernhardschen Angaben an. —

Der Vorsitzende befürwortete eindringlichst ein Vorgehen des Deutschen Komitees dahin, daß die Reichsverwaltung gleich anderen Staaten dem internationalen Komitee eine finanzielle Beihilfe gewähre, um dieses in seinen auch für Deutschland wertvollen Arbeiten zu unterstützen. Deutschland dürfe hier hinter anderen Staaten, die z. B Frankreich 6000 Frks. gewährt oder ähnliche Leistungeu in Aussicht gestellt hätten, schlechterdings nicht zurückbleiben, habe vielmehr eine Art Ehrenpflicht zu erfüllen, da es vornehmlich der jahrzehntelangen wissenschaftlichen und propagandistischen Tätigkeit des Comité permanent zu danken sei, wenn heute — ausweislich der internationalen Uebersicht in der Sonderbeilage zum „Reichs-Arbeitsblatt" (Dezemberheft 1912) — bereis 18 europäische Staaten dem Vorgange Deutschlands mehr oder minder gefolgt seien. Die Versammlung stimmte der Anregung des Vorsitzenden einmütig zu „es möge aus Reichsmitteln dem Deutschen Komitee behufs Beitragsleistung zur Deckung des Bedarfs des Comité permanent der Beitrag von 5000 M. jährlich bewilligt werden."

Geheimrat Bielefeld beantragte, bei dem Comité permanent anzuregen, die Frage der sozialen Kinderversicherung, insbesondere der Schülerversicherung, über deren Verhältnisse und Ergebnisse in Frankreich und in anderen Ländern er referierte, behufs weiteren Studiums auf die Tagesordnung der nächsten Konferenz zu setzen, weil eine solche Versicherung nicht nur von hohem wirtschaftlichen, sondern auch von erziehlichem Werte für das Kind und die Familie sei.

Dr. Zacher beantragte im Hinblick auf die in mehreren Staaten bevorstehende Einführung der Invalidenversicherung, das Comité permanent zu ersuchen, „Studium und Anbahnung einer internationalen Invaliditätsstatistik" auf die Tagesordnung der nächsten Konferenz zu setzen, und dieserhalb in gleicher Weise wie seinerzeit bei Herstellung der internationale Unfallstatistik, mit dem Internationalen Statistischen Institut alsbald in Verbindung zu treten. Die Versammlung stimmte zu. Professor Franke wünscht ein Zusammengehen mit der Internationalen Vereinigung für Arbeiterschutz. Auch dieses wurde gutgeheißen.

(W.) Zu der Auseinandersetzung zwischen Lagerei- und Fuhrwerksberufsgenossenschaft.

Der Zeitschrift „Der Fuhrhalter" entnehmen wir folgendes:

In der Nr. 44 dieser Zeitschrift vom 31. Oktober 1912 ist in einem „Spedition und Fuhrgewerbe" überschriebenen Artikel des Bundesratsbeschlusses Erwähnung getan worden, wonach der Lagereiberufsgenossenschaft zugewiesen werden die Betriebe zur Behandlung der Ware, die mit einem Engroshandelsunternehmen verbunden sind, ferner von den Betrieben, die mit einem kaufmännischen Unternehmen verbunden sind, das über den Umfang des Kleinbetriebs hinausgeht, die Betriebe zur Beförderung von Personen und Gütern zu Lande.

Es wurde auch erwähnt, in welcher Weise das „Wochenblatt der Zentralstelle des deutschen Möbeltransports", ebenso die Speditions- nnd Schiffahrtszeitung", welche beide in erster Linie die Interessen des Speditionsgewerbes vertreten, sich mit dem obigen Bundesratsbeschlusse befaßt und wie sie dadurch bei ihren Lesern irrige Vorstellungen in bezug auf ihre berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit erweckt haben.

Es mag zugegeben sein, daß beim ersten Blicke die Fassung des Bundesratsbeschlusses in den weniger eingeweihten Kreisen die Annahme zuläßt, daß nunmehr ein massenhafter Uebertritt aus der Fuhrwerksberufsgenossenschaft zur Lagereiberufsgenossenschaft erfolgen müsse. Liest man jedoch den Beschluß mit Bedacht und mit Verständnis, so kann die Ueberzeugung nicht ausbleiben, daß die Fuhrwerksberufsgenossenschaft in ihrem Mitgliederbestand unbedingt erhalten bleibt und ersterer

Digitized by Google

einen Uebertritt zahlreicher Mitglieder zur Lagereiberufsgenossenschaft weder beabsichtigt, noch tatsächlich herbeiführt.

Angeregt indes durch die Veröffentlichungen der auf der anderen Seite stehenden Fachpresse, laufen bei der Fuhrwerksberufsgenossenschaft fortgesetzt Kündigungen der Mitgliedschaft ein; es hat sogar ein Unternehmer, wie die am 4. Dezember v. J. erschienene Nr. 27 des „Wochenblatts" ersehen läßt, in gänzlicher Verkennung der versicherungsgesetzlichen Bestimmungen ein gemeinsames Vorgehen der betreffenden Mitglieder gegen die Fuhrwerksberufsgenossenschaft im Wege der Feststellungsklage vorgeschlagen.

Da der Vorstand der Fuhrwerksberufsgenossenschaft leider die Erfahrung machen mußte, daß in Beantwortung der ungerechtfertigten Kündigungen die betreffenden Mitglieder sich seinen Belehrungen nicht zugänglich zeigten, so hat er, um den Ausscheidungsgelüsten wirksam zu begegnen, notwendigerweise an das Reichsversicherungsamt mit dem Ersuchen herantreten müssen, eine klare Auslegung des Bundesratsbeschlusses herbeizuführen. Das Amt hat denn auch, was hier mit Dank anerkannt werden soll, nicht gezögert, dem Ersuchen des Genossenschaftsvorstandes nachzukommen, und folgenden Bescheid erlassen:

Das Reichsversicherungsamt
Abteilung für Unfallversicherung.
I. 27103.

Berlin, den 18. Dezember 1912.

Auf die Berichte vom 8. und 21. November 1912, Nr. II $\frac{20162}{21495}$.

Das Reichsversicherungsamt kann nicht anerkennen, daß der Wortlaut der Bekanntmachung vom 10. Oktober d. J., betreffend die Eingliederung der durch die §§ 537, 917 Abs. 1 RVO. der Unfallversicherung neu unterstellten Gewerbszweige und Tätigkeiten, unklar ist und die irrige Auffassung zuläßt, die nach dem dortigen Bericht von einem Teile der Mitglieder der Berufsgenossenschaft und auch in Nr. 42 der Speditions- und Schiffahrtszeitung sowie in Nr. 20 des Wochenblatts der Zentralstelle des Deutschen Möbeltransports vertreten wird.

Die Bekanntmachung lautet, soweit sie hier in Betracht kommt, der Bundesrat habe beschlossen, daß von den Betrieben, die mit einem kaufmännischen Unternehmen verbunden sind, das über den Umfang des Kleinbetriebes hinausgeht, die Betriebe zur Beförderung von Personen und Gütern zu Lande der Lagereiberufsgenossenschaft zugeteilt werden. Diese Zuteilung bezieht sich also nur auf Beförderungsbetriebe, die mit einem über den Kleinbetrieb hinausgehenden kaufmännischen Unternehmen verbunden sind, und deren Versicherungspflicht auf § 537 Nr. 10 RVO. beruht. Die Zuteilung betrifft dagegen nicht die gewerbsmäßigen Fuhrwerks- und Speditionsbetriebe, deren Versicherungspflicht durch § 537 Nr. 7 a. a. O. vorgeschrieben ist. Demnach ist die Auffassung irrtümlich, daß der Bundesratsbeschluß vom 10. Oktober 1912 etwas über die berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit der gewerbsmäßigen Fuhrwerks- und Speditionsbetriebe verordnet, vielmehr bewendet es für diese Betriebe bei den bisherigen Bestimmungen.

(gez.) Dr. Kaufmann.

Vom Leipziger Aerzteverband und den Krankenkassen

unterhielt man sich in der Budgetkommission des preußischen Abgeordnetenhauses bei der Beratung des Etats des Ministeriums des Innern. Der Berichterstatter tadelte die Art, wie der Leipziger Verband seine an sich berechtigten Zwecke durchführen wolle. Professor Lennhoff-Berlin, ein bekanntes Mitglied des Verbandes, solle auf einem internationalen Kongreß erklärt haben, daß der Leipziger Verband die Krankenversicherung zu einer Farce machen wolle. Bedauerlich sei, daß der Verband der Einladung des Reichsamts des Innern zu Verhandlungen nicht gefolgt sei. Eine ärztliche Standesordnung würde vielleicht Nutzen stiften, Tarifverträge zwischen Aerzten und Krankenkassen müßten herbe geführt werden.

Ein Mitglied erklärt, als Teilnehmer jenes Kongresses, daß Professor Lennhoff weder die ihm zugeschriebene, noch auch eine ähnliche Aeußerung getan habe. An den Verhandlungen im Reichsamt des Innern habe der Leipziger Verband, der 24000 deutsche Aerzte umfaßt, nicht teilnehmen können, weil das Reichsamt die große Ungeschicklichkeit begangen habe, auch den „Reichsverband deutscher Aerzte" einzuladen, der seine Mitgliederzahl selbst nur auf ungefähr 200 beziffere, und mit dem ärgsten Feind der deutschen Aerzteschaft, dem Betriebskrankenkassenverband in Essen zusammengehe. Die Vorwürfe, daß der Leipziger Verband einen Generalstreik beabsichtige und den Kassen zwangsweise die freie Arztwahl aufdrängen wolle, seien völlig unberechtigt. Viel besser wäre es, mit diesem nun einmal vorhandenen starken Verbande zu einem befriedigenden Zustand zu kommen. Zu Tarifverhandlungen sei der Leipziger Verband gern bereit. Die Staatsregierung würde sich mit ihrer Einleitung ein Verdienst erwerben. Aber auf der vom Reichsamt des Innern geplanten Konferenz wäre es nur zu Streitigkeiten zwischen den beiden Aerztegruppen zum Schaden der Aerzte gekommen.

Der Minister erklärte zunächst gleichfalls für unrichtig, daß Professor Lennhoff eine Aeußerung der gerügten Art getan habe. Weiter führte auch er aus, daß der Abschluß von Tarifverträgen das beste Mittel sei zur Herbeiführung eines gedeihlichen Verhältnisses. Von dem Erlaß einer Standesordnung dagegen, die sich übrigens verschiedene Kammern schon selbst gegeben hätten, sei ein Nutzen nicht zu erwarten. Die Tarifverträge müßten wohl zwischen kleineren Kassen und Aerztevereinen abgeschlossen werden. Der Minister spricht über seinen Erlaß betreffend die Verleihung der Rechtsfähigkeit an ärztliche Vereine, deren Zweck der Abschluß von Kollektivverträgen mit Krankenkassen ist. Zu diesem Erlaß, der jenen Vereinen die Eintragungsfähigkeit nach § 21 BGB. wegen ihres wirtschaftlichen Zwecks abspricht und ihre Rechtsfähigkeit verneint, wenn sie sie nicht nach § 22 durch besondere staatliche Verleihung erlangen, sei der Minister durch Bestimmungen des Gesetzes über die freiwillige Gerichtsbarkeit verpflichtet gewesen, er fühle sich frei von Animosität gegen die ärztlichen Standesbestrebungen. Auch der Justizminister habe die Verleihung der Rechtsfähigkeit der Eintragung ins Vereinsregister vorgezogen. Selbstverständlich unterliege die Prüfung, ob ein Verein einwirtschaftlicher sei, den Gerichten, und es werde in nächster Zeit auch eine höchstgerichtliche Entscheidung über

Digitized by Google

diesen Punkt ergehen. Nach den Berichten der Regierungspräsidenten scheine es, als ob überhaupt nicht sehr große Schwierigkeiten bei dem Abschluß der Kassenarztverträge entstehen werden. Ein anderes Mitglied der Kommission trat dem ersten Redner gegen den Berichterstatter bei, führte aber dem Minister gegenüber aus, daß er bei dem erwähnten Erlasse schlecht beraten gewesen sei.

Ein anderes Mitglied wandte sich gegen die Bedrückung der arbeitswilligen Aerzte. Die Kassen müßten geschützt werden gegen übermäßiges Rezeptverschreiben und zu häufige Krankenbesuche; man möge den Kreisarzt mit der Revision betrauen. Hierauf wurde erwidert, daß es nur sehr wenige Aerzte gebe, die gegen die Standestreue handeln, und gegen übermäßige Belastung der Krankenkassen hätten die Aerzte selbst, wie der soeben abgeschlossene Vertrag zwischen dem Leipziger Verband und der Reichspostverwaltung beweist, die schärfsten Sicherheitsmaßregeln geschaffen. Die hohen Leistungen der Kreisärzte seien nur möglich, wenn sie durch die praktischen Aerzte unterstützt würden, daher dürfe das Verhältnis zwischen ihnen nicht durch die Einsetzung der Kreisärzte als Aufsicht über ihre Kollegen beeinträchtigt werden. Ein Regierungskommissar stimmte dem zu und erklärte sich scharf gegen den Wunsch des Betriebskrankenkassenverbandes, Kreisärzte als Kassenärzte zuzuziehen. Im Schlußwort erklärt der Berichterstatter, daß er sich nur gegen die Uebertreibungen des Organisationsgedankens wende.

(W.) Zu der Quittungsleistung in der Versicherungskarte für Angestellte.

Der Deutsche Musikpädagogische Verband soll wegen der Durchführung der neuen Angestelltenversicherung vorstellig geworden sein. Nach der „Deutschen Musiker-Zeitung" ist am 16. Dezember 1912 folgender Bescheid des Reichsamts des Innern ergangen:

„Die Eingabe des Verbandes, betreffend das Versicherungsgesetz für Angestellte, ist dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zur Prüfung und Aeußerung übersandt. Indem ich mir die Stellungnahme bis nach Eingang der Aeußerung vorbehalte, bemerke ich einstweilen folgendes:

Die Nachteile, die der Vorstand von einer Vorlegung der Versicherungskarte an die Eltern der Musikschüler befürchtet, werden nur zu einem Teil vermieden, wenn einer Lehrerin mehrere Versicherungskarten gleichzeitig ausgestellt werden sollten. Eine Abhilfe würde daher bei diesem Verfahren nicht erreicht werden. Wohl aber bietet sich zu diesem Zwecke ein anderer Weg. Eine Quittung über den Beitragsanteil der Lehrerin wird nämlich in die Versicherungskarte dann nicht eingetragen zu werden brauchen, wenn die Lehrkraft selbst keinen Wert darauf legt. Denn die Reichsversicherungsanstalt hat kein Interesse daran und deshalb auch keine Veranlassung, diese Quittungsleistung etwa zu erzwingen. Unter diesen Umständen haben auch die Eltern keinen Anspruch auf Vorlegung der Versicherungskarte, nachdem das im § 187 Abs. 1 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vorgesehene Verfahren der Beitragsentrichtung durch Einkleben von Marken auf Grund der im § 187 Abs. 3 a. a. O. erteilten Ermächtigung von der Reichsversicherungsanstalt durch die Bekanntmachung vom 24. Mai 1912 unter I B (Reichsanzeiger vom 25. Mai 1912 Nr. 125) für die in § 177 des Gesetzes bezeichneten Personen durch ein anderes Verfahren (Postschecküberweisung) ersetzt ist.

Literarisches.

Die Sozialversicherung in Europa. Eine Sonderbeilage zur Dezembernummer des Reichs-Arbeitsblatts (Berlin, Karl Heymanns Verlag) enthält einen ergänzten Neudruck der bekannten, im Reichsversicherungsamte bearbeiteten Uebersicht über die Sozialversicherung in Europa, die nunmehr im ganzen 19 europäische Staaten umfaßt. Die Angaben der Uebersicht sind auf den neuesten Stand der Gesetzgebung der verschiedenen Staaten (Ende 1912 gebracht. Mit ihr erscheint zum erstenmal eine Zusammenstellung des Inhalts der Verträge europäischer Staaten auf dem Gebiete der Sozialversicherung, die eine wertvolle Ergänzung der Uebersicht bildet. Außerdem sind die letzterhältlichen statistischen Angaben für die einzelnen Versicherungszweige sowie eine Tabelle über die Endergebnisse aus der Statistik der Arbeiterversicherung des Deutschen Reichs für 1910 und 1885/1910 beigegeben.

Ein Vergleich der neuen Uebersicht mit der von 1910 gibt eine klare Vorstellung von dem Fortschritt des sozialen Versicherungsgedankens in der alten Kulturwelt. Dabei zeigt sich, daß die deutsche Sozialgesetzgebung für das Ausland vielfach vorbildlich geworden ist. Nach der neuesten Uebersicht gibt es zurzeit Zwangs-Krankenversicherungen außer in Deutschland in Oesterreich, Ungarn, Italien, Frankreich, Großbritannien, Norwegen, Luxemburg, Serbien, Rumänien und Rußland. Eine Zwangs-Unfallversicherung haben außer Deutschland Oesterreich, Ungarn, Italien, Frankreich, Norwegen, Dänemark, Finnland, Niederlande, Luxemburg, Schweiz, Serbien, Griechenland, Rumänien und Rußland. Invaliden- und Alters-Zwangsversicherungen bestehen außer in Deutschland in Oesterreich, Ungarn, Frankreich, Belgien, Großbritannien, Luxemburg, Griechenland und Rumänien. Daneben haben Deutschland, Oesterreich, Ungarn, Frankreich und Griechenland auch eine Hinterbliebenenversicherung. Die freiwillige Versicherung ist in den meisten Staaten neben der Zwangsversicherung für bestimmte nicht versicherungspflichtige Berufsklassen eingeführt. Eine ausschließlich freiwillige Krankenversicherung besteht in Belgien, Schweden, Dänemark, Finnland, Spanien, in den Niederlanden und der Schweiz; eine ausschließlich freiwillige Unfallversicherung in Belgien, Großbritannien, Schweden und Spanien; eine ausschließlich freiwillige Invaliden- und Altersversicherung in Italien, Finnland, Spanien und Serbien, das ebenfalls eine freiwillige Hinterbliebenenversicherung hat. Norwegen, Schweden, Dänemark, Niederlande, Schweiz und Rußland haben zurzeit noch keine allgemeine Invaliden-, Alters- oder Hinterbliebenenversicherung, hier sind aber vielfach Reformbestrebungen auf Einführung der Zwangsversicherung im Gange. Eine besondere Angestelltenversicherung haben außer Deutschland noch Oesterreich und Serbien aufzuweisen.

Wer sich über die Sozialversicherung in den europäischen Staaten kurz unterrichten will, findet in der Uebersicht reiches und zuverlässiges Material.

Deutscher Juristenkalender für 1913. Berlin 1912, O. Liebmann. Preis 3,20 M., für Abonnenten der Deutschen Juristenzeitung 2,80 M.

Der von Rechtsanwalt Dr. Arthur Kallmann bearbeitete Kalender will der Erinnerung an hervorragende Juristen und Nationalökonomen dienen, in den Daten der Gesetze und rechtsgeschichtlich erheblichen Ereignisse den Gang der Entwicklung und den Stand der Gesetzgebung vor Augen führen, durch Darstellungen aus dem

Digitized by Google

Reichsrecht unter besonderer Berücksichtigung der Rechtsprechung des Reichsgerichts Altes in der Erinnerung befestigen, Entlegenes ans Licht holen, Neues zur Kenntnis bringen, wobei zugleich angestrebt wurde, einen Niederschlag der Ergebnisse der Praxis zu geben; Spruchweisheit, kleinere Mitteilungen, endlich zahlreiche Abbildungen bedeutender Juristen und von Justizgebäuden sollen weiter anregen. Der Kalender, dessen Rückwand nach einer mehrfarbigen Originalzeichnung von Prof. Doepler d. J. ausgeführt ist, ist auch äußerlich elegant ausgestattet. Wir können seine Anschaffung allen Juristen empfehlen.

Reichsversicherungsordnung nebst Einführungsgesetz. Textausgabe mit Anmerkungen und Sachregister. Viertes Buch. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bearbeitet von H. Follmann, Geh. Regierungsrat im Reichsversicherungsamt, und B. Jaup, Geh. Oberregierungsrat, vortr. Rat im Reichsamt des Innern. Berlin 1912, J. Guttentag. Gebunden in ganz Leinen 4 M. (Guttentagsche Sammlung Deutscher Reichsgesetze Bd. 109.)

Aus der Reihe der Guttentagschen Ausgaben zur Reichsversicherungsordnung, bearbeitet von Mitgliedern des Reichsamts des Innern und des Reichsversicherungsamts, erscheint zunächst die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Die Verfasser haben an dem Zustandekommen des Gesetzes selbst hervorragenden Anteil gehabt und ihre amtlichen Erfahrungen in dem Buche verwertet. Die einzelnen Gesetzesvorschriften sind eingehend und klar erläutert und dürften die in der Praxis auftretenden Zweifelsfragen berücksichtigen, soweit dies üblich ist. Neben den Erläuterungen zu dem Gesetz enthält der Band noch das Einführungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung und im Anhange sämtliche amtlichen Anleitungen, Bekanntmachungen und Anweisungen sowie ein sehr ausführliches Sachregister von 64 Seiten. Der Band kann den Behörden und Beamten bestens empfohlen werden.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber der Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Ununterbrochene Kassenzugehörigkeit als Voraussetzung des Anspruchs aus § 28 KVG.

1. Nach S. Antwort: Nach Ihren Angaben ist der Maurer am vierten Tage nach seinem Ausscheiden aus der Kasse M. erkrankt und späterhin gestorben. Als unterstützungspflichtig käme daher nur diese Kasse in Betracht. Bei ihr war aber der Verstorbene nur fünf Tage versichert, und vorher hatte er während vier Tagen keiner Krankenkasse angehört, so daß die im § 28 KVG. vorausgesetzte ununterbrochene Kassenzugehörigkeit und folglich ein Unterstützungsanspruch überhaupt nicht gegeben ist. Weshalb eine derjenigen Kassen, denen der Verstorbene früher einmal angehört hatte, als unterstützungspflichtig überhaupt in Frage kommen sollten, ist nicht ersichtlich.

a) Geldstrafen aus § 146 Gew.Ordg. fließen der Krankenkasse zu. b) Haftung der Vorstandsmitglieder für einen Hypothekenausfall.

2. Nach Oschersleben. Antwort: a) Es ist nicht ersichtlich, auf Grund welcher Vorschrift die Strafe verhängt ist. Geldstrafen aus § 146 Gew.Ordg. fließen der Krankenkasse zu.

b) Auch wenn es zum Konkurse kommt, hat die Kasse wegen des hypothekarisch gesicherten Darlehns Anspruch auf abgesonderte Befriedigung aus dem Grundstück und braucht daher einen Ausfall nicht zu erleiden, auch wenn im übrigen die Masse unzulänglich ist. Sollte aber der Grundstückserlös die Hypothek nicht decken und die Kasse für den Ausfall nur anteilige Befriedigung aus der Masse erlangen, so sind die Mitglieder des Vorstandes, welche das hypothekarische Darlehn bewilligt haben, der Kasse für den Verlust nur dann haftbar, wenn sie den Vorschriften über mündelsichere Anlegung schuldhaft außer acht gelassen haben. Vgl. §§ 40, 42 KVG. und Hahn, Handb. der Krankenversf. Anm. 1d und 2d zu § 26 RVO. S. 28, 40.

Anwendung des § 28 in Verbindung mit § 54a KVG.

3. Nach Waldshut (Baden). Frage: Ein Mitglied, das seit 5. Juni 1911 unserer Kasse angehörte, erkrankte am 15. Dezember 1912 an Gelenkrheumatismus und war von da an bis 1. Februar 1913 im hiesigen Spital auf Kosten der Kasse in Behandlung. Am 1. Februar d. J. wurde das Mitglied als geheilt und erwerbsfähig entlassen, begab sich alsbald nach Hause zu den Eltern und mußte einen längeren Weg zu Fuß zurücklegen. Heute kam nun die Mutter und sagte, daß ihre Tochter infolge Zurücklegens des Weges zu Fuß nicht mehr gehen könne und meldete diese krank. Haben wir in diesem Falle zu leisten, da inzwischen das Arbeitsverhältnis auf den 28. Dezember 1912 gelöst wurde und die Mitgliedschaft nicht freiwillig fortgesetzt wird?

Antwort: Es ist nach den Umständen anzunehmen, daß es sich nicht um eine „neue" Erkrankung handelte, sondern daß das Mädchen tatsächlich nicht geheilt war und daß infolge der Anstrengung die Fortdauer der Krankheit zutage trat. Dann läge ein einheitlicher Unterstützungsfall vor, so daß die Kasse für den Rest der am 15. Dezember begonnenen statutenmäßigen Unterstützungszeit weiter zu leisten hätte (§ 20 KVG). Läge aber tatsächlich ein „neuer" Erkrankungsfall vor, so würde doch die Leistungspflicht der Kasse aus § 28 KVG. begründet sein. Denn obwohl das Arbeitsverhältnis schon früher gelöst war, dauerte die Mitgliedschaft doch nach § 54a KVG. fort, so daß der neue Fall in die Dreiwochenfrist des § 28 fiele.

Ortskrankenkassen für Gewerbszweige „oder" Betriebsarten.

4. Nach Bielefeld. Antwort: Wir können nicht finden, daß die Kasse für Gewerbszweige und Betriebsarten besteht und deshalb nach § 239 RVO. nicht zugelassen werden könnte. Die Kasse besteht zunächst „für die nachbezeichneten Gewerbe: Weiß- und Buntnäherei, Stickerei . . ., Leinen- und Wäscheindustrie". Es erscheint uns nicht gerechtfertigt, aus dem Worte „Industrie" herzuleiten, daß die Kasse nur für Fabrikbetriebe irgendwelcher Gewerbe bestehe; vielmehr stellt der Eingang der Bestimmung klar, daß schlechthin die bezeichneten gewerblichen Betätigungen, also die betreffenden Gewerbszweige ohne Unterschied der Betriebsart der Kasse anzugehören haben. Wenn dann noch hinzugefügt ist: „und die damit verbundenen Handlungen", so ist auch hiermit nur ein Gewerbszweig, nämlich das Handelsgewerbe, soweit es die Erzeugnisse jener Gewerbe zum Gegenstande hat, bezeichnet. Uebrigens dürfte diesem Zusatze kaum eine selbständige Bedeutung beizumessen sein. Denn er betrifft doch nur die mit den Produktionsbetrieben verbundenen Handlungen und darf unseres Erachtens nur als eine Erläuterung in dem

Digitized by Google

Sinne verstanden werden, der sich ohnehin aus § 19 Abs. 4 KVG. ergibt.

Keine Krankenversicherungspflicht eines Dienstmädchens, welches Postdiensträume reinigt.

5. Nach Wiesdorf. Antwort: Die Vorschrift in § 1 Abs. 2 KVG. wonach Personen versicherungspflichtig sind, die in dem gesamten Post- usw. Betriebe beschäftigt werden, ist aus dem sogenannten Ausdehnungsgesetze vom 28. Mai 1885 übernommen. Aus den Motiven zu diesem Gesetze (S. 8) und aus dem Komm.Ber. (S. 5) ergibt sich, daß dabei der Begriff des Betriebes im weitesten Sinne zu verstehen, daß aber nur der technische Betrieb, der Beförderungs- und Bestellungsdienst, nicht aber die bureaumäßige Verwaltung, das Reinigen der Diensträume usw. gemeint ist. Das Dienstmädchen des Postverwalters ist also nicht versicherungspflichtig. Als freiwilliges Mitglied aber hat es nach Ihrem Statut keinen Anspruch auf Kassenleistungen, weil der Unterstützungsfall vor Ablauf der Wartezeit eingetreten ist; denn hierfür ist nicht der Tag maßgebend, an welchem die erste ärztliche Beratung stattfand, sondern der Tag, an dem das Bedürfnis ärztlicher Behandlung eintrat, und dieser Tag fiel noch in die Wartezeit.

Erstreckung des Bezirks einer Ortskrankenkasse bei ihrer Ausgestaltung.

6. Nach Heidenau. Antwort: Die von Hoffmann in Nr. 1 dieses Jahrgangs S. 7 vertretene Meinung, daß mit der Ausgestaltung einer Ortskrankenkasse zwar eine Verkleinerung, nicht aber eine Erweiterung des Bezirks verbunden werden könne, kann sich unseres Erachtens auf keine gesetzliche Vorschrift, sondern nur auf den Min Erl. vom 4. November 1912 Z ff. II 2 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 818, 819) stützen. Wir sind anderer Meinung. Wenn z B. eine Krankenkasse für eine große Gemeinde mit Ausschluß eines Vorortes besteht, so ist die Frage, ob sie unter Erstreckung auf den Vorort ausgestaltet werden kann, zu bejahen, weil die Voraussetzung des Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges., daß die Kasse einen großen Teil der Versicherungspflichtigen des Bezirks umfaßt, auch in solchem Falle zutrifft.

a) Anderweite Rentenfeststellung nach der Reichsversicherungsordnung. b) Kein Anspruch eines entbehrlich werdenden Kreisbeamten auf anderweite Verwendung bei Versicherungsträgern oder Versicherungsbehörden.

7. Nach Marienburg. Antwort: a) Die Vorschrift des § 94 Abs. 3 LUVG. (§ 88 GUVG.), wonach eine anderweite Rentenfeststellung nach fünf Jahren nur durch Entscheidung des Schiedsgerichts erfolgen konnte, ist durch die Reichsversicherungsordnung beseitigt. Die Feststellung erfolgt auch in diesem Falle durch Bescheid der Berufsgenossenschaft (§§ 608, 955, 1583 Ziff. 2) unter Berücksichtigung der §§ 1584, 1600 ff.

b) Sie bearbeiten die Unfallversicherungssachen und die Angelegenheiten der Gemeindekrankenversicherung in Ihrer Eigenschaft als Angestellter des Kreisverbandes. Art. 10 Einf.Ges. z. RVO. ist auf Sie nicht anwendbar. Werden Sie infolge der Neuordnung entbehrlich, so würde es Sache der Kreisverwaltung sein, für Ihre anderweite Verwendung zu sorgen (vgl. Komm Ber. zum Einf.Ges. S. 28, 29) — sofern Ihnen nach Ihren Anstellungsbedingungen nicht etwa überhaupt ohne weiteres gekündigt werden kann.

Keine Anrechnung früherer Unterstützungszeiten bei Neuerkrankung aus dergleichen Ursache.

8. Nach Düsseldorf. Antwort: In allen Fällen ist es unzulässig, die Zeiten der früher wegen derselben Krankheit gewährten Unterstützung auf Leistungsdauer im neuen Unterstützungsfall anzurechnen. Aber wenn dieser neue Unterstützungsfall vor Ablauf von zwölf Monaten seit Beendigung der letzten Unterstützung eingetreten ist, erhält der Versicherte jetzt nur die beschränkte Leistung aus § 26a Abs. 2 Ziff. 3 KVG., wenn er früher bereits (entweder ununterbrochen oder im Laufe von zwölf Monaten zusammen) für 26 Wochen Unterstützung erhalten hatte.

Kein Anspruch der geschiedenen Frau auf Familienhilfe.

9. Nach Duisburg. Antwort: Ihre Zweifel sind uns völlig unverständlich. Die gerichtlich geschiedene Frau gehört doch selbstverständlich nicht mehr zu den Angehörigen des Mitgliedes und hat keinen Anspruch auf Leistungen der Kasse. Deshalb kann auch auf den Armenverband, der sie unterstützt, nicht gemäß § 57 KVG. ein Anspruch übergehen. Daß der Frau Unterhaltskosten zugesprochen sind und daß deshalb der Lohnanspruch des Mannes in Höhe von monatlich 10 M. gepfändet ist, geht doch die Kasse nichts an.

Aberntung von Obst, auch durch den Obsthändler als Käufer, ist der Regel nach landwirtschaftliche Beschäftigung.

10. Nach Striegau. Antwort: Andere Entscheidungen von Gerichten, als die in Arb.-Versorgg. 1911 S. 110 abgedruckte, sind uns nicht bekannt. Diese aber steht mit der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts in Widerspruch. Danach sind Obstaberntungsarbeiten der Regel nach dem landwirtschaftlichen Betriebe des Besitzers zuzurechnen, auch wenn die Früchte gegen Entgelt einem anderen überlassen sind, der die Aberntung vornimmt, ohne daß ihm zugleich eine nennenswerte Fürsorge für den Grund und Boden obliegt. Vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. 2 S. 109 Anm. 3b zu § 33 LUVG. Nach der Reichsversicherungsordnung liegt die Sache nicht anders.

Kosten für Prüfung der Jahresrechnung und für Teilnahme an Verbandsversammlungen trägt die Betriebskrankenkasse, nicht der Unternehmer.

11. Nach Wiiten. Antwort: Zu 1 verweisen wir zunächst auf die Auskunft in Nr. 4 S. 93 Ziff. 6. Im vorliegenden Falle hat das Ausschußmitglied, auch ohne besondere Satzungsvorschrift, Anspruch auf Ersatz angemessener Auslagen (Reisekosten). Denn bei der Prüfung der Jahresrechnung handelt es sich um einen besonderen dem Ausschuß erteilten Auftrag, zu dessen Annahme keine gesetzliche Pflicht besteht und dessen Uebernahme nach den Umständen nicht ohne Vergütung (mindestens der Auslagen) zu erwarten ist: vgl. § 612 BGB. und Arb.-Versorgg. 1899 S. 64 Ziff. 8. Dem Betriebsunternehmer fällt der Betrag nicht zur Last; denn er betrifft nicht die auf Kosten desselben zu bewirkende Rechnungsführung (§ 64 Ziff. 3 KVG.), sondern die der Generalversammlung obliegende Prüfung dieser Rechnungsführung (§ 36 Ziff. 1 KVG.). Ebenso hat der Unternehmer nicht die Kosten zu tragen, welche dem Rechnungsführer für die ihm vom Vorstand übertragene Teilnahme an einer Verbandsversammlung gezahlt werden. Das sind, falls der Aufwand aus Kassenmitteln nach den Umständen überhaupt für zulässig zu erachten ist (Hahn, Anm. 2 zu § 29 Abs. 2 KVG.) allgemeine Verwaltungskosten. — Nach der Reichsversicherungsordnung kommt für den ersten Fall § 21, für den zweiten § 414 in Betracht; auch § 362 kann unseres Erachtens nicht dahin führen, im zweiten Falle die Kosten auf den Arbeitgeber abzuwälzen.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel (in Vertretung), Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **1. März 1913.**

Redaktion:	**Nr. 7.**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Einige Gedanken über die Fortentwicklung der sozialen Versicherungsgesetzgebung.

Die Reichsversicherungsordnung hat bekanntlich den Wunsch mancher Sozialreformer nach einer Verschmelzung unserer sozialen Versicherungsgesetzgebung sowohl hinsichtlich der Organisation als auch der Fürsorgegründe nicht erfüllt. Dagegen hat sie die Versicherungsämter und Oberversicherungsämter geschaffen und — von einer weitgehenden Zentralisation in der Krankenversicherung abgesehen — sich mit der Vereinheitlichung des lokalen Unterbaues der Arbeiterversicherung und des Streitverfahrens begnügt.

Gescheitert sind die weitergehenden Wünsche nach den Motiven der Reichsversicherungsordnung — S. 4 ff. — nicht nur aus dem Grunde, weil die einer Vereinigung der verschiedenen Versicherungszweige entgegenstehenden Schwierigkeiten zu einem großen Teile im inneren Wesen der einzelnen Versicherungszweige selbst, insbesondere in der ganz verschiedenen Art ihrer Risiken, begründet seien und weil die Stimmen derjenigen Kenner der sozialen Versicherung an Zahl und Bedeutung zugenommen hätten, welche davon abrieten, alle oder doch einzelne Zweige der Versicherung völlig zu verschmelzen, sondern auch weil bei den Trägern der Versicherungen selbst wenig oder keine Neigung zu einer Verschmelzung bestünde. „Die Versicherungsträger", so führt die Begründung des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung aus, „sind nun einmal seit geraumer Zeit in der ihnen vom Gesetze gegebenen Form selbständige Rechtssubjekte geworden. Sie haben als solche im Laufe der Jahre, zum Teil in sehr beträchtlichem Umfang, eigenes Vermögen gesammelt und Dritten gegenüber Rechte erworben und Pflichten übernommen. Gesetzgeberische Maßnahmen, die wider ihren Willen ihren selbständigen Bestand in Frage stellen, müssen schon aus diesem Grunde auf schwerwiegende Bedenken stoßen." — Weiterhin wird noch — als ausschlaggebend — darauf hingewiesen, daß immer noch keine Organisation gefunden sei, von der man auch nur mit einiger Sicherheit sagen könnte, sie vereinige in sich die Vorzüge der seitherigen Organisationen, vermeide aber deren Mängel.

Die Reformfrage ist allerdings durch die Annahme der Reichsversicherungsordnung als Gesetz und sodann durch ihre Einführung, die auf Jahre hinaus wohl die Kräfte aller praktisch tätigen Sozialreformer in Anspruch nehmen wird, vorläufig erledigt. Eine Verschiebung der Vereinheitlichung ad kalendas graecas wird aber die Reichsversicherungsordnung nicht bedingen. Sie ist eine — vielleicht — notwendige Vorstufe der auf die Dauer unausbleiblichen grundlegenden Vereinheitlichung unserer Sozialversicherung. Dies näher auszuführen, ist der Zweck dieser Zeilen.

Die Keime zu dieser Reform ruhen in den Versicherungs- und Oberversicherungsämtern.

Wir wollen den Wirkungskreis der beiden Aemter betrachten. — Nach § 36 RVO. — diejenigen Fälle, in denen ein selbständiges

Digitized by Google

Verwaltungsamt errichtet wird, können hier wohl außer Betracht bleiben — ist bei jeder unteren Verwaltungsbehörde eine Abteilung für Arbeiterversicherung (Versicherungsamt) zu errichten. Mit diesem Versicherungsamt soll ein allen selbständigen Versicherungszweigen gemeinsames Bindeglied gebildet werden, das unter Wahrung der Selbständigkeit der jetzigen Versicherungszweige eine gegenseitige Annäherung dieser herbeiführen soll. Demgemäß soll das Versicherungsamt für die Krankenversicherung die Aufsichtsinstanz, für die Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung den gemeinsamen Unterbau abgeben. Daneben sind dem Versicherungsamt im allgemeinen alle Aufgaben aus dem Gebiet der reichsgesetzlichen Versicherung zugewiesen, die nach der geltenden Gesetzgebung Sache der unteren Verwaltungsbehörde, der Gemeinde und sonstiger unterer Instanzen sind. Ferner ist ihm die Unterstützung der Versicherungsträger bei Durchführung ihrer Aufgaben zugedacht. Es liegt ihm zugleich für seinen Bezirk ob, unentgeltlich über alle Fragen Auskunft zu erteilen, die mit der reichsgesetzlichen Versicherung in Verbindung stehen.

Das Versicherungsamt ist daher in der Krankenversicherung Aufsichtsbehörde für die Krankenkassen und Beschwerdeinstanz für die Beschwerden gegen die Anordnungen und Verfügungen der Kassenvorstände. In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hat es als Hauptaufgabe die Begutachtung der Anträge auf Bewilligung von Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenrenten sowie der von der Landesversicherungsanstalt beabsichtigten Rentenentziehungen. Es hat ferner die Entscheidung über die Streitigkeiten aus dem Versicherungsverhältnis, über die Versicherungspflicht und -berechtigung. In der Unfallversicherung bestehen seine wesentlichsten Aufgaben in der Mitwirkung bei der Heranziehung der Betriebe zu den Betriebsverzeichnissen (Kataster) der Berufsgenossenschaften sowie in der Mitwirkung bei dem Einspruchsverfahren auf den ersten Bescheid der Berufsgenossenschaft. Fernerhin sind die Versicherungsämter erste Instanz in Streitigkeiten über Ersatzansprüche, die zwischen den verschiedenen Versicherungsträgern untereinander oder mit den Armenverbänden entstehen können.

Der Wirkungskreis der Oberversicherungsämter ist nicht geringer. — Nach § 61 RVO. nehmen die Oberversicherungsämter die Geschäfte der Reichsversicherung als höhere Spruch-, Beschluß- und Aufsichtsbehörden war; sie treten an die Stelle der seitherigen Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung, die jetzt aufgehoben sind. Außer den, den Schiedsgerichten übertragenen Aufgaben (Entscheidungen über die Berufungen gegen die Bescheide der Träger der Unfall- und Invalidenversicherung) haben die Oberversicherungsämter noch weitere Aufgaben zu erfüllen; insbesondere sind ihnen Aufgaben zugewiesen, die seither den höheren Verwaltungsbehörden oblagen (Genehmigung von Satzungen der Krankenkassen, Mitwirkung bei Auflösung und Schließung von Krankenkassen u. dgl.). Ferner gehen bei Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung die Berufungen gegen die Entscheidungen des Versicherungsamts, das an die Stelle der seitherigen unteren Verwaltungsbehörde tritt, nicht mehr an die ordentliche Gerichte (§ 58, Abs. 1 KVG.), sondern an das Oberversicherungsamt. Neu hinzugekommen sind die Streitsachen aus der Hinterbliebenenversicherung und die über Ersatzansprüche aus der Reichsversicherung zwischen den Versicherungsträgern und Armenverbänden (Berufungsinstanz), die seither im Verwaltungsstreitverfahren erledigt wurden. Außerdem ist hinzugekommen die Entscheidung von Beschwerden über die Aufnahme in das Betriebsverzeichnis (Kataster) der Berufsgenossenschaften (§ 660 RVO.).

Aus dieser, dem hessischen Etat für 1912 entnommenen kurzen, aber klaren und konzentrierten Zusammenstellung erhellt aber, wie umfangreich der den Versicherungsämtern zugewiesene Wirkungskreis ist und wie sehr sie in allen wichtigeren Entscheidungen auf dem Gebiet der Rechtsprechung und auch Verwaltung schließlich das ausschlaggebende Wort zu sagen haben.

Ueber den Versicherungs- und Oberversicherungsämtern steht, mit wesentlich erweiterter Machtfülle ausgestattet, das Reichsversicherungsamt in Berlin.

Eine weitere, in ihrer Bedeutung nicht zu unterschätzende Umgestaltung bringt die Reichsversicherungsordnung auf dem Gebiet der Krankenversicherung, in der sie eine weitgehende Zentralisation des Krankenkassenwesens im Gefolge hat.

Digitized by Google

Für die Folge wird für den Bezirk eines Versicherungsamtes im allgemeinen wohl nur eine Landkrankenkasse und eine Ortskrankenkasse oder auch nur eine Ortskrankenkasse bestehen. Bestehende Ortskrankenkassen können, sofern sie nicht zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet werden, zwar unter bestimmten Voraussetzungen als besondere Ortskrankenkassen zugelassen werden, Neuerrichtung ist jedoch ausgeschlossen; sie sind also auf den Aussterbeetat gesetzt. Was die Betriebskrankenkassen anlangt, so können solche Kassen zwar neu errichtet werden, aber der Errichtung von Zwergkassen ist künftighin ein ziemlich starker Riegel vorgeschoben. Die Gemeindekrankenversicherungen werden sämtlich geschlossen. Die eingeschriebenen Hilfskassen fallen, soweit sie die Krankenkassen ersetzen wollen, mit Ausnahme der wenigen Ersatzkassen fort.

So wertvoll diese Reform vom versicherungstechnischen Standpunkt aus ist und so groß der Fortschritt sein mag, den die Reichsversicherungsordnung hier bringt, auf der anderen Seite hat eine solche Zentralisation die unausbleibliche Folge, daß bei der Existenz nur noch größerer Kassen die Verwaltung der Kassen in der Regel aus den Händen des Vorstandes in die der Beamten und Angestellten der Krankenkassen gleitet, eine Erscheinung, die wir bei den großen Berufsgenossenschaften und auch bei den großen Ortskrankenkassen schon heute fast überall sehen. Man mag diese Handlung bedauern, aufzuhalten ist dieses Vordringen der Bureaukratie — das Wort „Bureaukratie" ohne jede üble Nebenbedeutung gebraucht — nicht.

Mit dieser Bureaukratisierung wird aber auf die Dauer das Interesse der großen Massen an der Verwaltung der Kranken-, insbesondere der Ortskrankenkassen erlahmen. Die Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen werden einen immer mehr behördenähnlichen Charakter erhalten. Dem entspricht es auch, wenn jetzt in der Reichsversicherungsordnung die Verhältnisse der Kassen zu ihren Angestellten und Beamten eingehend geregelt werden (zu vgl. §§ 349 ff. RVO.). So können nach § 359 Beamte auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt werden. Eine aufzustellende Dienstordnung regelt für die Angestellten ihre Rechts- und allgemeinen Dienstverhältnisse und zwar insbesondere ihre Zahl, die Art der Anstellung, Kündigung oder Entlassung und die Festsetzung von Strafen. Der Nachweis einer fachlichen Befähigung muß geführt werden. Von nicht zu unterschätzendem Einfluß auf die „Bureaukratisierung" sind hier auch diejenigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, die den Mißbrauch der dienstlichen Stellung oder der Dienstgeschäfte zu einer religiösen oder politischen Betätigung verbieten.

Bei den Landesversicherungsanstalten liegt die Entscheidung der meisten wichtigeren Fragen beim Vorstande, der teilweise aus Beamten besteht; die laufenden Geschäfte hat in der Regel der Vorsitzende des Vorstandes, also ein Beamter, allein zu erledigen. (Näheres zu vgl. §§ 1342 ff.). Ferner ist zu beachten, daß nach § 1348 den im Hauptamt beschäftigten Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten der Anstalt, soweit sie nicht nach Landesrecht staatliche oder gemeindliche Beamten sind, die Landesregierung die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten zu übertragen hat; eine Verschiedenheit in der Stellung dieser Beamten der Versicherungsanstalten gegenüber den in gleichartigen Verhältnissen arbeitenden Beamten des Staats oder der Gemeindeverbände soll also nicht mehr bestehen wie dies früher möglich war (zu vgl. auch die Begründung der Reichsversicherungsordnung zu § 1334 des Entwurfs; S. 416).

Aber mehr als in alledem liegt eine Beschränkung des Wirkungskreises und des Einflusses der Landesversicherungsanstalten darin, daß ihre Mittel von ihrer eigentlichen Aufgabe, nämlich der Gewährung von Renten, mehr denn früher absorbiert werden. Und hier denke ich weniger an die Leistungen der Hinterbliebenenfürsorge, deren Lasten, soweit die Landesversicherungsanstalten — nicht das Reich — in Betracht kommen, durch die erhöhten Beiträge mehr denn ausgeglichen werden. Ich glaube vielmehr, daß es auf die Dauer unausbleiblich sein wird, die Renten bedeutend zu erhöhen; eine Aufgabe, die ich für viel wichtiger und notwendiger erachte, als die Herabsetzung der Altersgrenze bei der Altersrente von 70 auf 65 Jahre. Je mehr aber die Aufwendungen für Renten steigen — manche Rente wird auch durch die aufklärende Tätigkeit der Versicherungsämter und Oberversicherungs-

Digitized by Google

ämter den Verletzten zugesprochen werden, die vor 1912 abgewiesen worden wäre — desto geringer wird der Spielraum, den die Landesversicherungsanstalten für freiwillige Betätigung seither hatten. Dieser Spielraum wird auch dadurch wesentlich beschränkt, daß die Landesversicherungsanstalten jetzt durch das Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 11. Mai 1910 (Amtl. Nachr. 1910 S. 466) gezwungen sind, bei der Anlegung ihres Vermögens auch auf eine angemessene Verzinsung Rücksicht zu nehmen; im übrigen sind sie nach Art. 82 Einf.Ges. z. RVO. gehalten, jährlich ein Drittel ihres Vermögenszuwachses in Anleihen des Reichs- oder der Bundesstaaten solange anzulegen, als noch nicht ein Viertel des Vermögens hierin angelegt ist.

In ihrer Organisation und auch im wesentlichen in ihren Lasten unberührt bleiben die Berufsgenossenschaften. Aber auch sie werden damit zu rechnen haben, daß das neue Vorverfahren bei den Versicherungsämtern im Falle der Aenderung von Dauerrenten ihrer dominierenden Stellung in dem seitherigen Verfahren nach § 88 GUVG. einigen Abtrag tun wird. Auch in den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, die sich mit der Regelung der Rechtsverhältnisse ihrer Beamten befassen, liegt eine weitere Bureaukratisierung der berufsgenossenschaftlichen Verwaltung, die sich um so mehr verstärken wird, als auch jetzt schon die Geschäftsführung vielfach immer mehr von den Berufsgenossen auf die Geschäftsführer übergeht und zudem manche Geschäftsführer nicht nur für eine, sondern für mehrere Berufsgenossenschaften zu gleicher Zeit tätig sind; eine Tatsache, unter der der berufsgenossenschaftliche Gedanke in der praktischen Durchführung auf die Dauer leicht Not leiden kann.

Wir ziehen das Resumé. Auf der einen Seite sehen wir die Versicherungsbehörden (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt und das Reichsversicherungsamt) mit steigender Machtfülle; sie werden schließlich in allen wichtigen Sachen das ausschlaggebende Wort zu sprechen haben. Auf der andern Seite erfolgt hierdurch unstreitig eine Einschränkung der Versicherungsträger, die jetzt bei den von ihnen zu treffenden Entschließungen fast ausschließlich mit einer eingehenden und durchaus sachkundigen Nachprüfung durch die Versicherungsbehörden zu rechnen haben.

Weiterhin sehen wir, wie innerhalb der Versicherungsträger das Schwergewicht — insbesondere bei den Krankenkassen und bei den Berufsgenossenschaften — ständig von den Händen der Unternehmer und der Arbeitnehmer in die Hände von Angestellten gleitet, deren Stellung immer mehr einen beamtenähnlichen Charakter annimmt. Diese Erscheinung wird aber auf die Dauer eine Minderung des Interesses der beteiligten Arbeitgeber und Arbeitnehmer an dem mit hohen Verwaltungskosten verbundenen getrennten Fortbestand der verschiedenen Versicherungsträger wohl im Gefolge haben. — Schließlich wird auf die Dauer eine Annäherung der Unfallversicherung und der Invalidenversicherung in ihren Leistungen eintreten. Beide Versicherungen differenzierten sich im wesentlichen tatsächlich darin, daß die Unfallversicherung für teilweise, ja selbst ganz geringe Invalidität Versicherungsschutz gewährte und daß die Renten der Unfallversicherung weit höhere waren als die der in ihren Rentenleistungen für städtische Verhältnisse tatsächlich nicht ausreichenden Invalidenversicherung. Dies ändert sich. Hier können wir sagen, daß infolge der bekannten jetzigen schärferen Stellungnahme der rechtsprechenden Instanzen gegenüber Fingerverletzungen u. dgl. geringprozentige Renten in der Regel nach kürzerer Dauer, insbesondere unter dem Moment der Angewöhnung und Anpassung zur Einstellung gelangen, daß also der Bezug von geringprozentigen Renten auf die Dauer zur Seltenheit gehört, wobei auch die erweiterte Möglichkeit der Kapitalabfindung ihr übriges tun wird. Aber auch in der Höhe der Leistungen wird eine Annäherung eintreten. Je länger die Invalidenversicherung besteht, desto mehr Beiträge wird auch der Versicherte in dem Regelfall der Invalidisierung, nämlich bei Erreichung eines höheren Lebensalters geleistet haben und eine desto höhere Rente wird er erhalten, worin gleichfalls eine gewisse Annäherung an die jetzt meistens viel höheren Entschädigungen der Unfallversicherung zu finden ist.

Zum Schluß darf aber nicht übersehen werden, daß in den Versicherungsamtmännern und den Mitgliedern der Oberversicherungsämter eine Reihe von Fachmännern erstehen wird, die mehr als dies den Beamten der

Digitized by Google

einzelnen Versicherungsträger möglich ist, das Gemeinsame unter den verschiedenen Versicherungszweigen erkennen und die befähigt und geeignet sein werden, für die Folge auch literarisch und wissenschaftlich die Vereinheitlichung der Reichsversicherung nach Fürsorgegründen und nach Organisation zu verlangen und zu vertreten. Daß eine solche Reform innerhalb der nächsten Jahre ausgeschlossen ist, ist mir wohl bekannt; immerhin möchte ich durch diese Zeilen darauf hinweisen, daß die Frage der endgültigen Vereinheitlichung und Verschmelzung nicht durch die Reichsversicherungsordnung abgetan ist, diese sich hoffentlich und voraussichtlich wohl nur als eine Vorstufe zu einer wirklich umfassenden und vereinheitlichenden Reform darstellen wird.

N. N.

Rechtsnatur und Rechtskraft des Anwartschaftsbescheides (§ 1743 RVO.).

Von Regierungsassessor **Dr. Hermann Poeverlein** in Ludwigshafen a. Rh.

Eine der interessantesten prozessualen Neuerungen auf dem Gebiete des Arbeiterversicherungsrechts, welche die Reichsversicherungsordnung gebracht hat, ist der in § 1743 geregelte Anwartschaftsbescheid. Da über seine rechtliche Natur sich sowohl Gesetz als Begründung (zu § 1696 des Entwurfes S. 512) ziemlich ausschweigen und meines Wissens auch Entscheidungen des Reichsversicherungsamts noch nicht vorliegen, so waren die Kommentatoren[1]) bei deren Beurteilung in der Hauptsache auf theoretische Erwägungen angewiesen, die im Folgenden kurz näher beleuchtet und auf ihre Stichhaltigkeit geprüft werden sollen.

I. Brunn sieht in dem Bescheide nur „eine amtliche Auskunft der Versicherungsanstalt" die „der Witwe gegenüber nicht in Rechtskraft übergehen kann" und an welche die Versicherungsanstalt nur insoweit gebunden ist, „daß eine Verschlechterung der Lage der Witwe durch das spätere Verfahren nicht eintreten kann" ähnlich der in § 1445 Abs. 2 RVO. vorgesehenen „Feststellung der Gültigkeit der verwendeten Marken" durch die Versicherungsanstalt. Demzufolge sind nach seiner Ansicht „Rechtsmittel . . . gegen den Bescheid nicht zulässig." Er folgert dies zunächst aus der Stellung dieser Vorschrift in dem Abschnitt „Besondere Arten des Verfahrens". In den übrigen drei in diesem Abschnitt behandelten Verfahrensarten sind die zuständigen Instanzen besonders oder durch Bezugnahme auf andere Paragraphen bezeichnet. Nur bei § 1743 fehlt es hieran. Daraus kann der Schluß gezogen werden, daß ein Rechtsmittel gegen den Anwartschaftsbescheid nicht gegeben werden soll".

Abgesehen von diesen äußerlichen sollen aber auch „innere Gründe" dafür sprechen. Diese erblickt Brunn insbesondere darin, daß die Witwe in dem (nach Eintritt ihrer Invalidität einzuleitenden) ordentlichen Rentenfestsetzungsverfahren jederzeit noch — also auch beim Vorliegen eines abweisenden Anwartschaftsbescheides — ihre Rechte in vollem Umfange geltend machen könne und deshalb „durch den Ausschluß der Rechtsmittel gegen einen positiven wie gegen einen negativen Anwartschaftsbescheid . . . nicht irgendwie benachteiligt" wird.

Nicht ganz so weit geht in dieser Hinsicht Lehmann. Er unterscheidet zwei Fälle, je nachdem der Anwartschaftsbescheid im ordentlichen Rentenfestsetzungsverfahren erlassen wird (wenn Witwenrente beantragt, Invalidität jedoch nicht nachgewiesen ist) oder außerhalb desselben. Nur in letzterem Falle kann nach seiner Ansicht „der die Anwartschaft verneinende Bescheid . . . die Folge (Frage?) der Anwartschaft . . . endgültig zu ungunsten der Witwe erledigen". Dagegen werde im anderen Falle, wenn die Witwe ihren Antrag „nicht etwa als aussichtslos zurückzieht, der zu erteilende berufungsfähige Bescheid auch die Anwartschaft bejahen oder verneinen müssen und auch insoweit berufungsfähig sein. Gegebenenfalls wird dann die Anwartschaft von den höheren Instanzen festzustellen sein". Zur Rechtfertigung dieses seines Standpunktes führt Lehmann nur an, daß die Vorschrift doch lediglich der Witwe zu einem verbindlichen Anerkenntnis der Versicherungsanstalt

[1]) Vgl. hauptsächlich Brunn in Arb.-Versorgg. XXVIII 678 ff. (1911) und in Düttmanns Kommentar I 473 ff. (1912); Lehmann in Hanows Kommentar V 365 f. (1912).

Digitized by Google

verhelfen sollte. Damit schiebt er aber dem Gesetzgeber Absichten unter, die sich weder aus dem Wortlaute noch aus der Begründung des Gesetzes ableiten lassen. Es kann zwar keinem Zweifel unterliegen, daß § 1743 in erster Linie zugunsten der Witwen ins Gesetz eingefügt wurde. Dafür spricht neben dem von Lehmann (Anm. 3 Abs. 1 zu § 1743) hervorgehobenen Zweck der Vorschrift, daß die Erhebungen über die Anwartschaft „nicht erst lange Zeit nach dem Tode des Versicherten vorgenommen werden, sondern zu einer Zeit, wo sich noch besserer Erfolg erwarten läßt", vor allem auch der weitere Umstand, daß die Erlassung des Anwartschaftsbescheides von einem hierauf gerichteten Antrage der Witwe abhängig gemacht ist. Damit ist aber noch lange nicht gesagt, daß § 1743 ausschließlich für die Witwe Rechte begründen wollte. Es wäre ja auch gar kein Grund dafür abzusehen und zum mindesten sehr unbillig, daß er für die Versicherungsanstalt, welche doch an baldiger und endgültiger Entscheidung über die Anwartschaft in vielen Fällen ebensowohl ein Interesse haben kann, wie die Witwe lediglich Pflichten begründen sollte, aber keinerlei Rechte.

Aber auch die von Brunn zur Begründung seiner Ansicht verwerteten Argumente erscheinen mir nicht stichhaltig. Was zunächst den Vergleich mit § 1445 Abs. 2 RVO. anlangt, so spricht dieser eher gegen als für Brunns Standpunkt. Denn ganz abgesehen davon, daß im Falle dieses Paragraphen es sowohl die Versicherungsanstalt als der Versicherte in der Hand haben, das Streitverfahren nach § 1459 jederzeit sofort einzuleiten und dadurch eine mit Beschwerde anfechtbare (instanzielle Entscheidung herbeizuführen, sind die „Feststellungen" im Sinne des § 1445 Abs. 2 vom Gesetzgeber selbst auch schon äußerlich durch Vermeidung der Bezeichnung „Bescheid" und ihre Regelung im 4. (nicht 6.) Buche der Reichsversicherungsordnung zu den förmlichen Bescheiden des § 1743 in Gegensatz gestellt. Auch die von Brunn für seine Anschauung weiter ins Feld geführten „inneren Gründe" vermögen mich von deren Richtigkeit nicht zu überzeugen. Er erblickt solche darin, daß die Witwe nach Eintritt ihrer Invalidität noch in der Lage sei, eine Entscheidung über die Anwartschaft im Instanzenzuge herbeizuführen, und deshalb durch den Ausschluß der Rechtsmittel nicht benachteiligt sei. Betrachtet man aber mit Lehmann die möglichst baldige Feststellung der Anwartschaft als einen Vorteil für die Witwe, so muß man doch folgerichtig den Ausschluß von Rechtsmitteln gegen einen abweisenden Bescheid der Versicherungsanstalt und die daraus sich ergebende Unmöglichkeit, im Falle eines solchen sofort endgültige Entscheidung herbeizuführen, als einen Nachteil für die Witwe ansehen.[1]) Und selbst, wenn dies nicht der Fall wäre, könnte man aus diesem Argumente äußerstenfalles nur Schlüsse de lege ferenda, nicht aber auch solche, de lege lata ableiten. Was schließlich die von Brunn weiter geltend gemachte Stellung der Vorschrift unter den „besonderen Arten des Verfahrens" anbetrifft, so mag diese vielleicht keine besonders glückliche sein und (ebenso wie ihr Wortlaut) die Möglichkeit von Zweifeln über ihre rechtliche Bedeutung offen lassen. Will man aber auf derartige Aeußerlichkeiten überhaupt besonderes Gewicht legen, so muß man mit dem gleichen Rechte aus der Stellung des § 1744 nach dem § 1743 den Schluß ziehen, daß § 1744 auch in den Fällen des § 1743 anwendbar und deshalb eine neue Prüfung der Anwartschaft nur beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 1744 zulässig ist.

Daß dieser Standpunkt auch von maßgebender Stelle geteilt wird, beweist das in den Amtl. Nachr. XXVIII 461 (1912) als Anlage XVII zu den Rechnungsbestimmungen vom Reichsversicherungsamt veröffentlichte Formblatt für Anwartschaftsbescheide, welches denen für Rentenfestsetzungsbescheide nicht nur äußerlich nachgebildet ist, sondern vor allem auch genau wie diese folgenden Satz enthält:

„Dieser Bescheid wird rechtskräftig, wenn Sie nicht binnen einem Monat nach der

[1]) Auch die von Brunn (von seinem Standpunkte aus mit Recht!) hervorgehobene Möglichkeit, jederzeit „von dem Versicherungsträger eine noch malige Prüfung und Aeußerung zu fordern", wäre für die Witwen nur in den Fällen ein Trost, in welchen sie in der Lage wären, durch Beibringung neuen Beweismateriales eine für sie günstigere Entscheidung herbeizuführen, würde aber anderseits die Versicherungsanstalten auch in zahlreichen anderen Fällen einer fortgesetzten Erneuerung des Feststellungsantrages aussetzen, gegen die sie mangels Rechtskraft ihrer früheren Bescheide machtlos wären.

Digitized by Google

Zustellung Berufung bei dem Oberversicherungsamte zu . . . einlegen (§ 128 Abs. 1, § 1675 RVO.)."

Damit hat das Reichsversicherungsamt in einer jeden Zweifel ausschließenden Weise seinen Standpunkt dahin zum Ausdrucke gebracht, daß

1. der Anwartschaftsbescheid ein — gleich jedem Rentenfestsetzungsbescheide — der Rechtskraft fähiger Bescheid ist;
2. gegen diesen Bescheid die gleichen Rechtsmittel zulässig sind wie gegen jeden Rentenfestsetzungsbescheid;
3. auf das Verfahren bei Feststellung der Anwartschaft die einschlägigen Vorschriften des zweiten Abschnittes (§§ 1636—1734) Anwendung zu finden haben.

Daraus folgt aber weiter noch, daß

4. beim Vorliegen eines rechtskräftigen Anwartschaftsbescheides die Anwartschaft im endgültigen Rentenfestsetzungsverfahren nur unter den Voraussetzungen des § 1744 neu geprüft werden kann.

II. Im Zusammenhange damit möge kurz noch die Frage gestreift werden, ob und unter welchen Voraussetzungen für die Versicherungsanstalt die Möglichkeit und Verpflichtung zur Erlassung eines Anwartschaftsbescheides besteht.

In dieser Beziehung pflichte ich Brunn und Lehmann vollständig darin bei, daß diese Erlassung

1. in allen Fällen einen Antrag der Witwe voraussetzt (sohin mangels eines solchen die Versicherungsanstalt zur Erlassung eines Anwartsbescheides nicht in der Lage ist);
2. auch außerhalb eines Rentenfestsetzungsverfahrens erfolgen und verlangt werden kann;
3. (im Zweifel) „der Antrag auf Feststellung der Rente den Antrag auf Feststellung der Anwartschaft einschließt";
4. die Versicherungsanstalt bei Abweisung eines Witwenrentenantrages wegen Mangel der Invalidität verpflichtet ist, der Witwe auf Antrag berufungsfähigen Bescheid zu erteilen.

Dagegen kann ich Lehmanns weitere Anschauung, es liege „kein Grund vor zu der Annahme, daß die Versicherungsanstalt in jedem Falle einen berufungsfähigen Bescheid zu erteilen hätte", es habe sich sohin die Verpflichtung der Versicherungsanstalt zur Erteilung eines solchen auf die Fälle zu beschränken, in welchen sie gleichzeitig über einen Rentenantrag der Witwe zu entscheiden hat, nicht teilen, bin hier vielmehr der Ansicht Brunns, daß

5. die Versicherungsanstalt — stets „wenn die Prüfung ergibt, daß eine Anwartschaft auf Witwenrente nicht besteht, weil die Anwartschaft aus den Karten erloschen oder die Wartezeit nicht erfüllt ist", einen negativen Bescheid zu erlassen hat.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des bayerischen Ministers des Innern, die Errichtung der Oberversicherungsämter betreffend.

Vom 30. November 1912.

1. Mit dem 1. Januar 1913 werden für das Königreich Bayern acht allgemeine Oberversicherungsämter mit dem Sitz in München, Landshut, Speier, Regensburg, Bayreuth, Nürnberg, Würzburg und Augsburg errichtet. Sie werden lediglich nach dem Dienstsitz benannt und führen demnach die Bezeichnung „K. Bayer. Oberversicherungsamt N., (München, Landshut usw.)".

2. Die oberbayerischen Amtsbezirke Aichach und Friedberg werden dem Oberversicherungsamt Augsburg, der niederbayerische Amtsbezirk Kelheim dem Oberversicherungsamt Regensburg zugeteilt. Im übrigen umfaßt jedes Oberversicherungsamt das Gebiet des Regierungsbezirkes, in dem es seinen Sitz hat.

3. Die Zuständigkeit der bezeichneten Oberversicherungsämter erstreckt sich nicht auf die Betriebe der K. Bayer. Verkehrsverwaltung, hinsichtlich der Kranken- und Unfallversicherung auch nicht auf die Bergbaubetriebe, die einem Knappschaftsverein angehören, da für diese beiden Gruppen je ein besonderes Oberversicherungsamt errichtet wird.

4. Die Oberversicherungsämter haben die Eigenschaft einer Mittelstelle. Sie werden den Kreisregierungen angegliedert. Die sämtlichen Beamten der Oberversicherungsämter sind demnach Beamte der Kreisregierung; Vorsitzender des Oberversicherungsamts ist der Regierungspräsident.

5. Dem Landesversicherungsamt wird die Befugnis übertragen, die Geschäftsführung der Oberversiche-

Digitized by Google

rungsämter im Benehmen mit dem Regierungspräsidenten an Ort und Stelle zu prüfen. Etwaige Anstände, die sich hierbei oder bei anderem Anlaß ergeben, sind dem Regierungspräsidenten mitzuteilen. In wichtigeren Fällen hat das Landesversicherungsamt dem Staatsministerium des Innern zu berichten.

6. Der Regierungspräsident wird in seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Oberversicherungsamts ständig und ausschließlich vom Direktor des Oberversicherungsamts und bei dessen Verhinderung von dem dienstältesten anwesenden Mitglied des Oberversicherungsamts vertreten.

Der Direktor und die Mitglieder des Oberversicherungsamts vertreten sich gegenseitig.

Wo neben dem Direktor nur ein hauptamtliches Mitglied angestellt wird, wird mindestens noch ein Referent der Regierung, Kammer des Inneren, zum stellvertretenden Mitglied des Oberversicherungsamts bestellt. Dieser hat nur insoweit einzutreten, als er zur vorschriftsmäßigen Besetzung der Kammern oder wegen gleichzeitiger Verhinderung des Direktors und des hauptamtlichen Mitgliedes zur Aufrechterhaltung eines ordnungsmäßigen Geschäftsganges notwendig ist.

7. Die Verteilung der Geschäfte erfolgt auf Vorschlag des Direktors durch den Regierungspräsidenten. Dem Direktor des Oberversicherungsamts dürfen andere Dienstgeschäfte, die mit dem Vollzuge der Reichsversicherungsordnung nicht zusammenhängen, nicht übertragen werden. Auch die Mitglieder des Oberversicherungsamts sollen ihre Arbeitskraft ausschließlich dem Oberversicherungsamt widmen. Das Staatsministerium des Innern behält sich jedoch vor, die Heranziehung einzelner Mitglieder des Oberversicherungsamts zu den Geschäften der Regierung da zu gestatten, wo es die Geschäftslage des Oberversicherungsamts zuläßt und die Verhältnisse der Regierung es erfordern.

8. Das dem Oberversicherungsamt zugewiesene mittlere und untere Personal ist ausschließlich im Dienst des Oberversicherungsamts zu verwenden. In außerordentlichen Fällen kann jedoch der Regierungspräsident vorübergehend eine gegenseitige Geschäftsaushilfe zwischen Kreisregierung und Oberversicherungsamt anordnen.

9. Die Handhabung der Dienstaufsicht, sowie die Gewährung von Urlaub erfolgt durch den Regierungspräsidenten nach Einvernahme des Direktors des Oberversicherungsamts an seiner Stelle.

10. Die Oberversicherungsämter führen ein Dienstsiegel nach dem für die Kreisregierungen vorgeschriebenen Muster. Es enthält die Umschrift: „K. Bayer. Oberversicherungsamt", sowie die Angabe des Dienstsitzes.

B. Zur Krankenversicherung.

Kantinenwirtin einer Ziegelei versicherungspflichtig. Keine Ersatzpflicht des Unternehmers, der die Anmeldung zur Krankenversicherung unterlassen hatte, weil der Irrtum über die Versicherungspflicht entschuldbar war.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 6. Mai 1912.

Petronella L., Ehefrau des bei dem Ziegeleibesitzer Joseph H. in E., Gemeinde D., bedienstet gewesenen Hausmeisters Georg L., führte seit Mai 1908 die H.sche Ziegeleikantine.

Aus Anlaß ihrer Erkrankung wurde die L. zunächst — vom 5.—18. Januar 1909 — von dem praktischen Arzte Dr. M. behandelt; die weitere ärztliche Behandlung (nebst Verpflegung) erhielt sie in der Zeit vom 18. Januar bis 1. Februar 1909 im städtischen Krankenhause M.

Petronella L. beansprucht nunmehr Ersatz der Kurkosten nebst Krankengeld für die Zeit bis Ende Februar 1909 von der Gemeindekrankenversicherung D., diese letztere lehnt jede Unterstützungsleistung ab, da nicht feststehe, daß die L. in einem, der Krankenversicherungspflicht unterliegenden Beschäftigungsverhältnisse gestanden sei, zugleich wurde, da die L. von dem Ziegeleibesitzer H. zur Gemeindekrankenversicherung nicht angemeldet worden war, eventuell Erstattungsanspruch gegen H. geltend gemacht.

Mit Beschluß vom 20. Dezember 1909 verurteilte das Königl. Bezirksamt M. die Gemeindekrankenversicherung D. zur Erstattung der Kosten der ärztlichen Behandlung durch Dr. M., der Kosten für eine Leibbinde, ferner der Kosten für Kur und Verpflegung im Krankenhause zu M. und zur Gewährung des Krankengeldes. Zugleich verurteilte das Bezirksamt den Ziegeleibesitzer H. zum Ersatz dieser Aufwendungen an die Gemeindekrankenversicherung in E.

Dieser Bescheid wurde nur von H. angefochten.

Die Königl. Regierung, Kammer des Innern, von Oberbayern wies hierauf unterm 3. Dezember 1910 den von der Taglöhnersehefrau Petronella L. in E. gegen die Gemeindekrankenversicherung D. erhobenen Anspruch ab.

Gegen diesen Bescheid erhob die L. Beschwerde zum Königl. Verwaltungsgerichtshofe.

Der Verwaltungsgerichtshof stellte die Verurteilung der Gemeindekrankenversicherung wieder her und wies den Erstattungsanspruch derselben gegen den Ziegeleibesitzer H. ab und zwar mit folgender Begründung:

1. Mit Rücksicht auf die seitens der Petronella L. gegen den Regierungsbescheid vom 3. Dezember 1910 ergriffene Beschwerde ist zunächst in eine Würdigung der Frage einzutreten, ob die Genannte zur Zeit ihrer Erkrankung (5. Januar 1909) der Krankenversicherungspflicht unterlag.

Petronella L. leitet diese Versicherungspflicht und damit ihre Zugehörigkeit zur Gemeindekrankenversicherung D. aus ihrer damaligen Beschäftigung bei dem Ziegeleibesitzer Josef H. in E., Gemeinde D., ab; diese Beschäftigung bestand in der Führung der H.schen Ziegeleikantine, die sie auf Grund einer mündlichen Vereinbarung mit der Ehefrau des Ziegeleibesitzers H. (unter tatsächlicher Zustimmung des letzteren) übernommen hatte.

Nach der protokollarischen Aussage der L. vom 27. Oktober 1909 hatte sie in dieser Stellung

Digitized by Google

zunächst für die von H. beschäftigten Fuhrknechte, „die bei H. keine Kost hatten und, da sie die Arbeitsstelle nicht verlassen konnten, darauf angewiesen waren, in der Kantine zu essen," das Frühstück sowie das Mittag- und das Abendessen zu bereiten.

Im übrigen war sie berechtigt und verpflichtet, diesen Fuhrknechten sowie den im eigentlichen Ziegeleibetriebe des H. beschäftigten Arbeitern Getränke (insbesondere Bier und Schnaps) sowie die üblichen Nahrungsmittel (insbesondere Wurstwaren) zu verabreichen. Das Bier mußte die L. von dem Ziegeleibesitzer H. beziehen, der es seinerseits auf eigene Rechnung von einer Münchener Brauerei geliefert erhielt; sie mußte hierfür an H. 25 Pf. für den Liter abliefern und hatte bei Abgabe des Bieres an die Kantinengäste den Preis von 28 Pf. per Liter einzuhalten. Die benötigten Biergläser erhielt die L. von H. geliefert.

Für den Liter Schnaps durfte die L. 80 Pf. fordern.

Sonstige Vereinbarungen bezüglich der beim Verkaufe an die Kantinengäste einzuhaltenden Preise waren nicht getroffen, jedoch verstand es sich auch nach der Auffassung der L. von selbst, daß sie über die für Ziegeleikantinen üblichen Preise nicht hinausgehen dürfe.

Die L. sowie deren Ehemann hatten freie Wohnung in dem Kantinengebäude (Familienwohnung) nebst freier Beleuchtung und Holz; der Wert dieser Naturalbezüge wird von der L. auf insgesamt 90 M. jährlich veranschlagt.

Ihren Nutzen aus dem Bierabsatz gibt die L. für die Zeit von 13 Monaten, während der sie die Kantine führte, auf 222 M. an, den Gewinn aus dem Schnapsverkauf auf ungefähr 180 M., ihren Gesamtgewinn auf höchstens 450 Mk.

Der Ehemann der L. war zu dieser Zeit bei Ziegeleibesitzer Josef H. gegen einen Wochenlohn von 21 M. als Hausmeister beschäftigt und zur Gemeindekrankenversicherung angemeldet.

Die zur Sache einvernommene Ziegeleibesitzersehefrau Maria H. bezeichnete unterm 3. November 1909 „die Angaben der L. zu bezirksamtlichem Protokolle vom 27. Oktober 1909 im allgemeinen als richtig"; lediglich der von der L. damals gleichfalls noch aufgestellten Behauptung, daß sie auch den Schnaps von dem ihr durch die Ehefrau H. bezeichneten Fabrikanten habe beziehen müssen, trat letztere mit der Behauptung entgegen, daß die L. in dieser Beziehung nicht gebunden gewesen sei.

Auf der Grundlage dieser Feststellungen gelangte die 1. Instanz (Königl. Bezirksamt München) in ihrem Beschlusse vom 20. Dezember 1909 zu der Anschauung, daß die L. nicht selbständig sondern lediglich Bedienstete des H. gewesen sei und daher infolge dieser Beschäftigung der Gemeindekrankenversicherung D. angehört habe; die 1. Instanz bemerkte in dieser Beziehung insbesondere:

„Ihre (der L.) Stellung gewährte ihr zwar einige Freiheiten, wie sie ein selbständiger Betrieb im Gefolge hat. So hatte sie bei Beschaffung der Lebensmittel, ebenso bezüglich der Limonaden und — nach der Behauptung der Frau H. — auch bezüglich des Schnapses freie Hand, so daß die Höhe ihres Gewinnes nicht von bestimmt vereinbarten Sätzen, sondern von ihrer eigenen wirtschaftlichen Fähigkeit abhing.

Dagegen war sie doch in den wesentlichsten Punkten unfrei, so in der Preisfestsetzung für das Hauptgetränk, das Bier, und bezüglich des Preises für Schnaps, . . . so ferner darin, daß sie verpflichtet war, die Mahlzeiten für die Knechte herzustellen, und daß sie die in Ziegeleikantinen üblichen Preise einhalten mußte, so endlich ganz allgemein darin, daß sie den Weisungen des H. unterworfen war und bei Ausübung der Wirtschaftsführung von dem Fortbestand des Vertragsverhältnisses abhängig war."

Demgegenüber hat allerdings die Vorinstanz die für die Annahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit der L. sprechenden Tatumstände als ausschlaggebend erachtet und hierbei insbesondere folgendes betont:

Daß die L. den Arbeitern des H. Frühstück, Mittag- und Abendessen zu bereiten verpflichtet war, könne als Beweis für die Unselbständigkeit ihrer Stellung um deswillen nicht in Betracht kommen, da diese Tätigkeit ein naturgemäßer Ausfluß der (von ihr freiwillig übernommenen) Stellung einer Kantinenwirtin gewesen sei. Im übrigen spreche der Umstand, daß sie im Bezuge der meisten Bedarfsartikel für die Kantine unabhängig war sowie daß sie hinsichtlich der Preise, zu welchen sie Speisen und Getränke an die Arbeiter abgab, an besondere Weisungen seitens der Eheleute H. nicht gebunden war, für die Annahme einer selbständigen Erwerbstätigkeit der L. Die Tatsache, daß die L. bei der Preisfestsetzung die in Ziegeleikantinen allgemein üblichen Preise einzuhalten sowie die weitere Tatsache, daß sie das Bier von H. zu beziehen hatte, stehe dieser Annahme nicht entgegen, zumal auch Pächter von Schankwirtschaften, die keine Kantinen sind, bezüglich des Bierbezugs häufig keine freie Hand haben. Für die Selbständigkeit der Stellung der L. spreche endlich auch der Umstand, daß sie anläßlich ihrer Erkrankung selbst für eine Aushilfe sorgte, ohne den H. hiervon überhaupt zu benachrichtigen.

In der letzterwähnten Richtung ist übrigens hier sofort zu bemerken, daß die L. in der öffentlichen Sitzung des Gerichtshofes vom 6. Mai 1912 in glaubwürdiger Weise geltend gemacht hat, die Sorge für die Beschaffung einer Aushilfskraft

Digitized by Google

anläßlich ihrer Erkrankung sei ihr schon durch die Rücksicht auf ihre eigenen Familienverhältnisse diktiert gewesen, denn sie habe ihre drei unerwachsenen Kinder unmöglich ohne Pflege und Aufsicht lassen können; mit der Bereitung der Mahlzeiten für die Kantinengäste sei diese Hilfskraft überhaupt nicht befaßt gewesen, da Frau H. während dieser Zeit auch für die Fuhrleute ihres Mannes die Kost bereitet habe.

Aus der von der L. betätigten Beschaffung einer Aushilfe während der Zeit ihrer Erkrankung können sohin — gleichviel ob Frau H. selbst während dieser Zeit in der angegebenen Weise allein tätig war oder nicht — irgendwelche Schlußfolgerungen im Sinne der vorinstanziellen Rechtsauffassung nicht gezogen werden.

Allerdings stehen auch nach Ausscheiden dieses Erwägungsgrundes der von der Vorinstanz vertretenen Rechtsanschauung die sonstigen hierfür geltend gemachten Tatumstände zur Seite. Gleichwohl gelangt der Gerichtshof in Berücksichtigung der gesamten Verhältnisse zu einem mit der Auffassung der ersten Instanz sich deckenden Ergebnisse.

Da das Krankenversicherungsgesetz — wie auch das Invalidenversicherungsgesetz — eine Begriffsbestimmung weder für die Lohnarbeit (das „Beschäftigtsein gegen Lohn") noch für die selbständige Erwerbstätigkeit gegeben hat, für den Gegensatz beider Arten von Tätigkeit auch eine allgemein gültige, allen Erscheinungen des Wirtschaftslebens gerecht werdende Formel nicht wohl aufgestellt werden kann, kommt für die Würdigung der nach dem Vorliegen der einen oder anderen Erwerbstätigkeit nicht selten „eine große Anzahl verschiedener Einzelumstände mehr oder weniger durchgreifend in Betracht, derart, daß die Entscheidung oft nur mittels sorgfältigen Abwägens der verschiedenen Tatbestandsmerkmale gegen einander gewonnen, nicht aber im Wege zwingender Schlußfolgerung aus einer scharfen Begriffsbestimmung abgeleitet werden kann" (Ziff. 28 der „Anleitung" des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1905, den Kreis der nach dem Invalidenversicherungsgesetze beschäftigten Personen betr.). Vergl. hierher u. a. Hahn, Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, 6. Aufl. S. 23 ff; Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz S. 28, auch v. Landmann, Kommentar zur Gewerbeordnung, 6. Aufl. Bd. 1 S. 136 ff.

Im vorliegenden Falle sprechen nun allerdings, wie bereits bemerkt, die — oben erwähnten — Erwägungen in dem vorinstanziellen Entscheide für die Annahme der Selbständigkeit der L.schen Erwerbstätigkeit; diesen Erwägungen gegenüber kann jedoch folgendes nicht außer Betracht bleiben.

Dem Ziegeleibesitzer H. war zweifellos — im Interesse seines Betriebs — daran besonders gelegen, seinen Arbeitern die Gelegenheit zu bieten, in der Nähe der Arbeitsstätte ihre Ernährungs- und Erfrischungsbedürfnisse mit möglichst geringem Kostenaufwande zu befriedigen.

Um sich eine möglichst weitgehende Einwirkung auf die Führung der von ihm zu diesem Zwecke errichteten Betriebskantine zu sichern, nahm H. von einer Verpachtung dieser Kantine Abstand, übertrug vielmehr deren Führung der Ehefrau eines bei ihm im Dienste stehenden Arbeiters, gewährte dieser — als festen Naturalbezug — freie Wohnung, Beheizung und Beleuchtung, legte ihr dagegen bezüglich der Art der Kantinenführung eine Reihe von Verpflichtungen auf, hierunter insbesondere die Verpflichtung, bei der Verleitgabe von Bier und Brantwein einen fest bestimmten Preis und bei der Verabreichung von Nahrungsmitteln die üblichen Preise einzuhalten.

Die Verpflichtung zur Herstellung und Verabreichung der Kost bestand für die L. insbesondere auch während der Zeit des Stillstandes des eigentlichen Ziegeleibetriebes (November bis April), da sie auch während dieser Zeit an zwei bis drei ständige Arbeiter des H. (Fuhrknechte usw.) morgens sowie mittags und abends die Verköstigung zu verabreichen hatte.

Erwägt man nun, daß L. in den ihr gewährten Naturalleistungen (Wohnung usw.) eine feste Entschädigung für die Führung der Kantinengeschäfte erhalten hat und daß die von ihr im übrigen erzielten Einnahmen nicht oder nicht wesentlich den für Köchinnen ländlicher Betriebe üblichen Lohn überstiegen haben — erwägt man im weiteren, daß der L. die Erzielung eines eigentlichen Unternehmergewinns schon mit Rücksicht auf die fest beschränkte Zahl der Kantinenbesucher im Zusammenhange mit den ihr bezüglich der Preisbestimmung gezogenen Grenzen im vorneherein nicht wohl möglich war — berücksichtigt man endlich noch, daß nicht nur sie selbst als Kantinenführerin, sondern auch ihr Ehemann als Hausmeister im H.schen Betriebe ihrer Stellung jederzeit von H. enthoben werden konnten, so stellt sich die Erwerbstätigkeit der Ehefrau L. als Kantinenführerin derart mit dem H.schen Betriebe verbunden dar, daß es nicht mehr angängig erscheint, ihr die Eigenschaft wirtschaftlicher Selbständigkeit zuzusprechen.

Für die gegenteilige Auffassung kann sich auch nicht mit Grund auf die Revisionsentscheidung 446 des Reichsversicherungsamt (Amtl. Nachr. für Invaliden- und Altersversicherung 1895 S. 238, auch Reger, Entsch. Bd. 15 Beil. S. 120) bezogen werden, da die dieser Entscheidung zugrunde liegenden tatsächlichen Verhältnisse von jenem des vorliegenden Streitfalls wesentlich abweichen. (Vgl. hierher auch Arb.-Versorgg. Bd. 25 S. 719).

Die Frage endlich, ob der zwischen den Ehe-

Digitized by Google

frauen H. und L. übrigens nur mündlich vereinbarte, die Kantinenführung betreffende Vertrag im bürgerlichrechtlichen Sinne als Dienstvertrag § 616 BGB.) oder als Werkvertrag (§ 631 BGB.) oder wie sonst zu qualifizieren ist, bedarf hier keiner Erörterung, da der genannte Vertrag jedenfalls die Begründung eines unter § 1 KVG. fallenden Beschäftigungsverhältnisses zum Gegenstand hatte (vgl. hierher u. a. Entsch. des preuß. Oberverw.-Ger. vom 1. Dezember 1904, Reger, Entsch. Erg. Bd. 3 S. 449, auch Hahn, a. a. O. S. 26).

Petronella L. war sohin in unselbständiger Weise und gegen Lohn beschäftigt und zwar im Gewerbebetriebe des H., da der Kantinenbetrieb unter den hier gegebenen Verhältnissen den Zwecken des Ziegeleibetriebs förderlich war und sohin als Einrichtung dieses Betriebs sich darstellt (vgl. hierher u. a. Rekursentscheidungen 2454 und 2510 des Reichsversicherungsamts, Reger, Entsch. Bd. 31 Beil. 3 und S. 60). Die L. unterlag daher auf Grund des § 1 Nr. 2 KVG. der Krankenversicherungspflicht und war demnach auch die Gemeindekrankenversicherung D. aus Anlaß des hier in Frage stehenden Erkrankungsfalls zur Gewährung der gesetzlichen Unterstützungen (§ 6 KVG.) verpflichtet.

Anlangend sodann

2. die Frage der Verpflichtung des Ziegeleibesitzers H. zur Erstattung dieser Aufwendungen an die Gemeindekrankenversicherung D., so vermag der Gerichtshof in dieser Richtung der Auffassung der 1. Instanz — für die 2. Instanz bestand bei ihrer Stellung zur Versicherungsfrage kein Anlaß zu einer Würdigung dieses Punktes — sich nicht anzuschließen. Zwar ist festgestellt und unbestritten, daß H. die L. bei der Gemeindekrankenversicherung D. nicht angemeldet hat, sowie im weiteren, daß H. bei der genannten Versicherungseinrichtung auch keinerlei Erkundigungen darüber eingezogen hat, ob seine Auffassung, daß die L. den der Krankenversicherung unterworfenen Personen nicht beizuzählen sei, von der Verwaltung der Gemeindekrankenversicherung geteilt werde. Gleichwohl erscheint es unter den im gegebenen Falle festgestellten Verhältnissen nicht angängig, dem H. ein auch nur „fahrlässiges" Verhalten (im Sinne des § 50 KVG.) zur Last zu legen.

Die Unterlassung der Anmeldung, auch wenn solche auf einem Rechtsirrtum beruht, befreit allerdings an sich nicht von der Haftung aus § 50 KVG.; allein es ist — wie der Gerichtshof bereits in mehreren Entscheidungen (vgl. u. a. Entsch. vom 3. Februar 1908, Reger, Bd. 28 S. 386) ausgeführt hat — in jedem einzelnen Falle geeignet in Berücksichtigung zu ziehen, ob nicht Umstände vorliegen, welche den dem meldesäumigen Arbeitgeber unterlaufenen Irrtum als entschuldbar und damit die Annahme eines „fahrlässigen" Verhaltens des Arbeitgebers als ausgeschlossen erscheinen lassen.

Solche Umstände stehen aber im vorliegenden Falle dem H. zur Seite.

Zunächst kommt auch hier in Betracht, daß die Frage, ob Personen von der Beschäftigungsart der L. der Versicherungspflicht unterliegen, keineswegs einfach gelagert ist, deren zutreffende Beantwortung vielmehr, wie auch die vorstehenden Ausführungen ersehen lassen, vielfach von Tatumständen abhängig ist, deren Beurteilung für einen Laien besonders schwierig ist. Bei solcher Sachlage kann es aber dem betreffenden Arbeitgeber nicht zum Schaden gereichen, wenn er sein Verhalten hinsichtlich der Anmeldepflicht nach der im betreffenden Versicherungsbezirke herrschenden Uebung bemißt, zumal wenn er mit gutem Grunde annehmen kann, daß diese Uebung auch die Billigung der zuständigen Versicherungseinrichtung gefunden hat.

Die durch Beschluß des Gerichtshofs vom 22. Januar 1912 angeordneten Erhebungen haben nun ergeben, daß zu der hier in Frage kommenden Zeit von den fünf in E. betriebenen Ziegeleien die mit der Führung der Kantinen betrauten Frauenspersonen nur seitens eines Betriebsunternehmers angemeldet waren, sowie daß der Gemeindeverwaltung D. die tatsächlichen Verhältnisse bezüglich der Kantinenführung durch Frauen bekannt waren, die Unterlassung der Anmeldung dieser Frauen zur Gemeindekrankenversicherung gleichwohl aber seitens der Gemeindeverwaltung eine Beanstandung nicht erfahren hat.

Im weiteren kommt noch in Betracht, daß die Invalidenversicherungspflicht einer in der Kantine des Ziegeleibesitzers R. in E. tätig gewesenen Frau (Ehefrau S.) im Jahre 1908 zu Verhandlungen Anlaß gegeben hat, welche nach dem Berichte der Gemeindeverwaltung D. vom 8. März 1912 ihren Abschluß dahin gefunden haben, daß dem R. im Auftrage des Königl. Bezirksamts M. eröffnet wurde, die Ehefrau S. sei nicht versicherungspflichtig.

Es erscheint glaubwürdig, wenn H. (vgl. bezirksamtl. Protokoll vom 10. Februar 1912) angibt, daß dieser Vorgang auch für sein Verhalten bezüglich der Ehefrau L. mitbestimmend war und anderseits sehr erklärlich, daß er aus dem angenommenen Mangel der Versicherungspflicht für das Gebiet der Invalidenversicherung sofort die gleiche Schlußfolgerung für die Krankenversicherung gezogen hat.

Unter diesen Umständen bestand für H. genügender Grund für die Annahme, Ehefrau L. sei nicht krankenversicherungspflichtig und war deshalb H. auch nicht veranlaßt, hierüber noch Erkundigungen

Digitized by Google

einzuziehen; H. hat somit nicht die Sorgfalt außer acht gelassen, die nach der Verkehrssitte im geschäftlichen Leben für erforderlich gehalten wird (vgl. § 242 BGB., auch Reger, Entsch. Bd. 30 S. 277) und demzufolge auch nicht aus „Fahrlässigkeit" (im Sinne des § 50 KVG.) die Anmeldung der Ehefrau L. zur Gemeindekrankenversicherung unterlassen.

Der von der Gemeindekrankenversicherung D. gegen H. erhobene Erstattungsanspruch kann sohin als gesetzlich begründet nicht erachtet werden.

Voraussetzung für die Strafbarkeit gemäß § 82 b KVG. ist die Absicht der Schädigung; es genügt nicht, daß der Arbeitgeber mit der Möglichkeit einer Schädigung rechnete.

Entscheidung des **Reichsgerichts** vom 17. Mai 1912.

Gegen den Angeklagten war eine polizeiliche Strafverfügung ergangen, weil er als Arbeitgeber verabsäumt hatte, zur Krankenkasse Arbeiter anzumelden, die er in der Zeit vom 13. Juni 1911 bis zum 10. Oktober 1911 beschäftigt hatte. In bezug hierauf bemerkt die Strafkammer, indem sie den äußeren Tatbestand des Vergehens gegen § 82 b KVG. rechtlich bedenkenfrei feststellt, folgendes: dem Angeklagten möge vor dem Tage der Zustellung der Strafverfügung, dem 15. Oktober 1911, das Bewußtsein der Rechtswidrigkeit gefehlt haben, doch habe er zum mindesten nach dem 15. Oktober 1911 mit der Möglichkeit rechnen müssen, daß durch sein Verhalten eine Schädigung der berechtigten Krankenkasse erfolgen würde; das Tatbestandsmerkmal der rechtswidrigen Absicht sei daher erfüllt.

Diese Ausführung ist verfehlt.

Es bedurfte der Feststellung einer Absicht des Angeklagten, die berechtigte Krankenkasse zu schädigen. Eine solche Absicht liegt schon dann vor, wenn der Arbeitgeber den Lohnabzug mit dem Bewußtsein macht, daß eine Schädigung der Kasse die notwendige Folge seines Verhaltens sein werde (— Entscheidungen des Reichsgerichts Bd. 28, S. 5 (6) Bd. 40, S. 115 (116) —). Das gleiche muß von den dem Einbehalten der Lohnbeträge nachfolgenden Handlungen des Arbeitgebers gelten, die er mit dem Bewußtsein vornimmt, daß durch sie die Kasse geschädigt werden muß, so von einer anderweiten Verwendung des zur Abführung an die Kasse bereitliegenden Geldes beim Fehlen sonstiger Zahlungsmittel.

Das Bewußtsein des Arbeitgebers, zur Abführung der einbehaltenen Beträge verpflichtet zu sein, durch Verabsäumung der Zahlung also das Recht zu verletzen, ist nicht gleichbedeutend mit einer rechtswidrigen Absicht; jenes Bewußtsein der Rechtswidrigkeit besteht auch bei fahrlässiger Nichterfüllung der Zahlungspflicht.

Das Gesetz bedroht mit Strafe aber nur die vorsätzliche Verletzung der Zahlungspflicht (Vorenthalten), wenn dem Täter dabei die nach § 82 b strafbare Absicht, insbesondere die Absicht der Schädigung in dem dargelegten Sinne innewohnt. Wer nur mit der Möglichkeit einer Schädigung rechnet, erkennt nicht die Schädigung als notwendige Folge seines vorsätzlichen Handelns und beabsichtigt sie daher nicht.

Die Feststellungen des Landgerichts reichen deshalb nicht aus, die Verurteilung zu begründen.

Ersatzanspruch des Armenverbandes wegen Krankenhauspflege der Ehefrau eines Kassenmitgliedes.

Beschluß des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** 3. Senats vom 24. Oktober 1912.

Die beklagte Kasse gewährt statutenmäßig den nicht selbst dem Krankenversicherungszwang unterliegenden Familienangehörigen ihrer Mitglieder im Erkrankungsfalle freie ärztliche Behandlung. Der klagende Armenverband hat die Ehefrau L., auf welche die obige Voraussetzung zutrifft, wegen Blinddarmentzündung im Krankenhause behandeln lassen und fordert von der Beklagten an Arztkosten den Betrag von 65 Pf. für den Tag. Der Bezirksausschuß hat dem Kläger Ersatz in dieser Höhe zugesprochen. Die von der Beklagten dagegen rechtzeitig eingelegte Revision muß erfolglos bleiben. Die Beklagte macht geltend, daß die Gewährung ärztlicher Behandlung an Familienangehörige der Mitglieder eine freiwillige Leistung der Kasse sei, daß dabei eine Behandlung im Krankenhause überhaupt nicht in Betracht komme und daß die Kasse, infolge der Bezahlung ihrer Aerzte nach Pauschalsätzen, durch das Eingreifen des Armenverbandes nichts erspare. Hierzu ist zu bemerken, daß die fragliche Leistung der Kasse auf dem Krankenversicherungsgesetze (§ 21 Abs. 1 Ziff. 5) beruht und, nach ihrer Einführung in das Statut, den übrigen Pflichtleistungen der Kasse gleichsteht. Anzuerkennen ist dagegen, daß bei der Einführung dieser Leistung durch Beschluß der Kassenorgane an Ersatzansprüche der gegenwärtig streitigen Art nicht gedacht sein mag, und daß die Kasse nach der Art, in welcher sie selbst ärztliche Leistungen bezahlt, eine solche Ersatzpflicht als Härte empfindet. Demgegenüber steht aber fest, daß der Ehefrau L. auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes ein Unterstützungsanspruch gegen die Beklagte zustand. Dieser ist nach § 57 Abs. 2 KVG. in der durch Abs. 5 daselbst bestimmten Art auf den Kläger übergegangen, so daß an der grundsätzlichen Berechtigung des vom Kläger erhobenen Anspruchs ein Zweifel nicht bestehen kann. In diesem Sinne ist vom Oberverwaltungsgericht auf die gleichen Einwendungen, wie sie vorliegend erhoben worden sind, fortgesetzt entschieden worden.

Was die Höhe der Klageforderung betrifft, so bestreitet die Beklagte nicht, daß die Ehefrau L. der Krankenhauspflege bedurfte und daß die ärzt-

Digitized by Google

liche Behandlung den Kläger 65 Pf. täglich gekostet hat. Ihr Widerspruch gründet sich nur darauf, daß der Kassenarzt jederzeit zur Verfügung gestanden habe und daß aus der Krankenhauspflege, welche die Beklagte nicht habe gewähren wollen und nicht einmal habe gewähren dürfen, ein Anspruch gegen sie nicht hergeleitet werden könne. Diese Einwendungen sind jedoch nach dem oben Bemerkten nicht durchgreifend. Wenn es feststeht, daß der Kläger für ärztliche Behandlung, welche nach der Art der Krankheit zweckmäßig nur im Krankenhause erfolgen konnte, 65 Pf. täglich angemessen aufgewendet hat, so genügt das, um den Klageanspruch auch der Höhe nach zu rechtfertigen. Auf die Frage, ob die Düsseldorfer Krankenhäuser mit den von ihnen erhobenen Pflegesätzen ihre eigenen Unkosten einschließlich der Arztkosten vollständig decken oder nicht, kommt es für die Entscheidung des vorliegenden Streites nicht an.

C. Zur Unfallversicherung.

(G.) **Berechnung des erhöhten Krankengeldes nach § 12 Abs. 1 GUVG. bei ledigen stationär untergebrachten Personen.**

Entscheidung des **Königl. Bayr. Verwaltungsgerichtshofes** vom 29. Mai 1911.

Die Ortskrankenkasse M. hatte dem durch einen Betriebsunfall am 1. Oktober 1907 verletzten ledigen Arbeiter B. W. in M. vom 30. Oktober bis 27. November und vom 30. November bis 14. Dezember 1907, mithin insgesamt von 44 Tagen Krankenhilfe durch Krankenhausbehandlung nebst sog. Taschengeldnach § 21 Ziff. 3 KVG. und § 11 Abs. 4 des Kassenstatuts und späterhin ambulante Behandlung nebst Krankengeld gewährt.

Die genannte Krankenkasse beanspruchte nunmehr unter dem 24. Januar 1908 von der Firma E. & F., Baumaterialienhandlung, dahier, als Arbeitgeberin des W Ersatz der Krankengelderhöhung nach § 12 Abs. 1 GUVG. im Gesamtbetrage von 27,32 M., wobei die Krankengelderhöhung für die Zeit der stationären Behandlung des W. auf täglich 41 Pf. also insgesamt auf 18,04 M. berechnet wurde.

Zu diesem Satze gelangte die Kasse unter Hinweis auf § 11 Abs. 4 des Kassenstatuts, wonach im Krankenhause aufgenommenen Kassenmitgliedern, die keine Angehörigen besitzen, ein Zehntel des festgesetzten Krankengeldes, mithin dem W., der mit einem Durchschnittstagelohn von 3,50 M. der Kasse angehörte, ein Zehntel aus 1,75 M. zu gewähren ist, und auf § 12 Abs. 1 Satz 1 GUVG. in Verbindung mit § 3 Abs. 2 der Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts vom 30. September 1885. Aus letzterer Bestimmung erhelle, daß im vorliegenden Falle während der Krankenhauspflege das tägliche Krankengeld von 18 Pf. ($^1/_{10}$ aus 1,75 M.) auf 59 Pf. ($^1/_6$ aus 3,50 M.) zu erhöhen sei, wovon 59 — 18 = 41 Pf. der Ortskrankenkasse von der Firma E. & F. zu ersetzen seien.

Da diese Firma die Zahlung verweigerte, beantragte die Ortskrankenkasse beim Stadtmagistrat M. Entscheidung.

Dieser wie die von der genannten Kasse als nächste Instanz um Entscheidung gebetene Königl. Kreisregierung von Obb. setzten den von der Firma E. & F. zu ersetzenden Betrag auf 11,92 M. fest.

Der Königl. Verwaltungsgerichtshof kam, von der Ortskrankenkasse letztinstanziell um Entscheidung angegangen, unter Verwerfung der Beschwerde zu dem gleichen Resultate, indem er folgendes ausführte:

Im Gegensatze zur Berechnung des erhöhten Krankengeldes für die Dauer der stationären Behandlung des W., um die es sich hier allein handelt, sind die Vorinstanzen zu der Ansicht gelangt, daß sich die Krankengelderhöhung auf nur 6 Pf. pro Tag zu bemessen hat, da W., falls seine Erkrankung nicht durch einen Betriebsunfall veranlaßt gewesen wäre, neben der Krankenhauspflege lediglich ein tägliches Krankengeld von 18 Pf. (genau 17,5 Pf.) = $^1/_{10}$ aus dem vollen Krankengeld von 1,75 zu beanspruchen gehabt hätte, die Krankengelderhöhung aber ein Drittel des nicht erhöhten Krankengelds nicht übersteigen dürfe.

Nach der Bestimmung in § 12 Abs. 1 GUVG. ist das Krankengeld das den durch einen Betriebsunfall verletzten Personen nach dem Krankenversicherungsgesetz (und dem Kassenstatut) zu gegewähren ist, vom Beginne der fünften Woche nach Eintritt des Unfalles „auf mindestens zwei Drittel des bei der Berechnung desselben zugrunde gelegten Arbeitslohnes zu bemessen". D. h. das Krankengeld ist auf zwei Drittel des maßgebenden Arbeitslohnes zu erhöhen, falls es nicht etwa ohnehin schon allgemein — auch ohne Vorliegen einer durch einen Betriebsunfall veranlaßten Erkrankung — zwei Drittel dieses Arbeitslohnes erreicht oder sogar übersteigt (vgl. Hahn Kommentar zum KVG. 6. Aufl. S. 447; Anm. 1 zu § 12 GUVG.; ferner S. 469).

Daß der letztbezeichnete Vorbehalt in diesem Falle nicht zutrifft, ist unbestritten und auch völlig zweifellos, denn nach dem Statut der beschwerdeführenden Ortskrankenkasse beträgt übereinstimmend mit § 20 Ziff. 1 u. 6, Ziff. 2 KVG. selbst das volle Krankengeld nur die Hälfte des jeweils maßgebenden Tagelohnsatzes.

Anderseits kann aber davon keine Rede sein, daß auch in den Fällen, in denen, wie hier, nicht das volle Krankengeld, sondern nur ein Teil desselben den erkrankten Kassenmitgliedern zusteht, das nach § 12 Abs. 1 Satz 1 des GUVG. zu bemessende Krankengeld gleichwohl zwei Drittel des vollen maßgebenden Tagelohnsatzes zu erreichen hätte, denn es wäre widersinnig und kann daher auch nicht als dem Willen des Gesetzgebers entsprechend erachtet werden, dem sog. Unfallzuschuß („Differenz zwischen diesen zwei Dritteln

Digitized by Google

und dem gesetzlich oder statutarisch zu gewährenden niedrigeren Krankengeld" § 12 Abs. 1 Satz 2 GUVG.) außer jeden Zusammenhang mit dem Krankengelde zu setzen und ihn um so höher zu berechnen, je niedriger das Krankengeld ist.

Demnach ist die Bestimmung in § 12 Abs. 1 Satz 1, wonach das Krankengeld unfallverletzter, krankenversicherter Personen „auf mindestens zwei Drittel des bei der Berechnung desselben zugrunde gelegten Arbeitslohnes zu bemessen ist, nach ihrem vollen Wortlaute nur auf den Regelfall, d. i. nur auf den Fall zu beziehen, daß der Erkrankte schon an sich, d. i. auch ohne Vorliegen eines Unfalls Krankengeld von mindestens der Hälfte des für ihn maßgebenden Tagelohnsatzes zu beanspruchen hat. (Für solche Fälle aber, in denen das dem erkrankten Mitgliede zustehende Krankengeld an sich weniger als die Hälfte des Tagelohnsatzes beträgt, ist die erwähnte gesetzliche Vorschrift nur sinngemäß anwendbar und daher dahin zu verstehen, daß eine verhältnismäßige Erhöhung des Krankengeldes einzutreten hat (vgl. Hahn a. a. O. Arb.-Versorgg. Bd. 25 S. 707 ff. insbesondere S. 710 u. Bd. 27 S. 821—822, Bd. 28 S. 358—359.)

Beträgt mithin, wie hier, das bei Erkrankung (ohne Unfallursache) zu beanspruchende Krankengeld lediglich ein Zehntel des normalen (vollen) Krankengeldes, so kann auch für die Bemessung der Erhöhung dieses Krankengeldes nach § 12 Abs. 1 GUVG. lediglich ein Zehntel des maßgebenden Tagelohnsatzes in Betracht kommen, und ist mithin in diesem Falle das Krankengeld auch nur auf zwei Drittel des vorerwähnten Teilbetrages des Taglohnsatzes zu erhöhen.

Ist aber die Vorschrift in § 12 Abs. 1 (Satz 1) GUVG. in diesem Sinne aufzufassen, so vermag hieran auch die Bestimmung in § 3 Abs. 2 der Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts vom 30. September 1885 nichts zu ändern, schon aus der Erwägung, weil dieser Bekanntmachung nur die rechtliche Eigenschaft von Ausführungsvorschriften zu § 12 Abs. 1 GUVG. (vgl. letzter Satz daselbst) zukommt.

Uebrigens weist der Bescheid 1735 des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1898 S. 558) darauf hin, daß auch nach Auffassung dieses Amts für die Bemessung der Höchstgrenze des erhöhten Krankengeldes der maßgebende Tagelohn (zu zwei Drittel) nur insoweit in Ansatz zu bringen ist, als er den doppelten Betrag des Krankengeldes nicht übersteigt.

Da dem W. neben Krankenhauspflege ein Krankengeld von täglich 18 Pf. (genau 17,5) zustand, hatte sich für ihn das erhöhte Krankengeld auf täglich ($^2/_3$ auf $\frac{3{,}50}{10}$ M.) 24 Pf. zu berechnen, weshalb der von der Firma G. F. der Ortskrankenkasse zu ersetzende „Differenzbetrag" von den Vorinstanzen mit Recht auf täglich 6 Pf. sowie bei 44 Verpflegstagen auf 2,64 M. bemessen wurde, und die Beschwerde der Orskrankenkasse als unbegründet zu verwerfen war.

(Kl.) **Paralytischer Anfall infolge großer Hitze im Arbeitsraum als Betriebsunfall.**

Entscheidung des **Reichsversicherungsamtes** vom 20. Juni 1912.

Ein Maschinist hatte während der Nachtschicht, als es in seinem Arbeitsraum außerordentlich heiß war, einen Anfall. Als Folge stellte sich bei ihm Geisteskrankheit ein. Die Berufsgenossenschaft lehnte eine Entschädigung ab. Der Verletzte konnte aber ärztliche Zeugnisse erbringen, die besagten, daß er zwar schon vor dem Anfall leidend gewesen sei, daß aber die hohe Temperatur bei jener Nachtschicht das Leiden beschleunigt habe. Das Reichsversicherungsamt billigte die Rente zu.

Aus den Gründen:

Allerdings hatte der Kranke als Maschinist wohl meistens in sehr hoher Temperatur zu ar- arbeiten; es ist aber erwiesen, daß es in dem Arbeitsraum des Klägers gerade während jener Nachtschicht, in der das Leiden des Klägers so heftig zum Ausbruche kam, ganz besonders schwül und drückend gewesen ist. Das Leiden ist also gerade durch die in jener Nacht auf ihn einwirkende übermäßige Hitze wesentlich verschlimmert worden.

Schädigungen, die innerhalb einer Arbeitsschicht eintreten, sind aber als Unfälle anzusehen, denn nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes wird der Zeitraum einer Arbeitsschicht noch als eine dem Erfordernis der Plötzlichkeit genügende, verhältnismäßig kurze Zeitspanne aufgefaßt.

Ersatzpflicht der Krankenkasse beim Uebergange der Gewährung von ärztlicher Behandlung und Arznei auf die Berufsgenossenschaft (§§ 27, 29 UVG.).

Entscheidung des **Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 7. Oktober 1912.

Der Beklagte B. erlitt am 6. Oktober 1910 einen landwirtschaftlichen Betriebsunfall. Die Rheinische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft erkannte den Betriebsunfall als solchen an und veranlaßte, daß der Beklagte am 20. Oktober 1910 in das Diakonissenhaus zu Kreuznach aufgenommen wurde. Von den dort entstandenen Kosten bezahlte aber die Berufsgenossenschaft für die ersten 13 Wochen nach dem Unfalle, d. h. bis zum 5. Januar 1911, nur die Pflegekosten. Für die vom 20. Oktober 1910 bis 5. Januar 1911 gewährte ärztliche Behandlung nebst Arzneien und Bädern verlangte das Krankenhaus von der Klägerin 96,30 M. Diese sandte die Rechnung an den Beklagten mit dem Bemerken, daß die Berufsgenossenschaft zahlungspflichtig sei. Der Beklagte bat hierauf den Landrat, die Berufsgenossenschaft zur Zahlung zu veranlassen. Der Landrat forderte dagegen die Klägerin auf, die bezeichneten Kosten zu übernehmen und erließ, als diese sich weigerte,

Digitized by Google

unter dem 16. Oktober 1911 zwischen dem jetzigen Beklagten als Kläger und der jetzigen Klägerin als Beklagten eine Entscheidung dahin, daß die Bürgermeisterei verpflichtet sei, dem B. die von ihm beanspruchten Kosten mit 96,30 M. zu gewähren. Auf die nunmehr von der Bürgermeisterei gegen B. angestellte Klage befreite der Bezirksausschuß vom 7. Dezember 1911 die Klägerin von der ihr durch den Bescheid des Landrats auferlegten Verpflichtung und legte die Kosten dem Beklagten zur Last.

Die hiergegen vom Beklagten eingelegte Revision muß erfolglos bleiben.

Zunächst könnte die Legitimation des Beklagten deshalb zweifelhaft erscheinen, weil er sich bei dem ablehnenden Bescheide der Klägerin beruhigt und den Landrat nur um seine Vermittelung bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft gebeten hat. Es bestand danach kein Streit zwischen dem Verletzten und der Gemeinde, den der Landrat zu entscheiden hatte (§ 29 Abs. 1 LUVG.). Wenn der Landrat aber die Gemeinde (hier die Bürgermeisterei) für zahlungspflichtig hielt, so verlieh ihm die Bestimmung des § 29 Abs. 1 die formale Befugnis, die Klägerin für zahlungspflichtig zu erklären. Nahm B. die Entscheidung des Landrats ohne Widerspruch entgegen und ließ er sich auch auf die Klage ein, so war seine Parteistellung damit begründet, und er muß, sofern er im Streitverfahren unterliegt, die Kosten tragen.

Die Berufsgenossenschaft als Partei zuzuziehen, war der Bezirksausschuß nicht verpflichtet. Für die Zuziehung könnte nur § 29 Abs. 2 LUVG. angeführt werden, der von den Ersatzansprüchen handelt. Die Berufsgenossenschaft hat aber die streitigen Kosten nicht bezahlt; sie hat also keinen Ersatzanspruch. Auch die Forderung des B. an die Berufsgenossenschaft ist kein Ersatzanspruch, sondern die Forderung der Leistung aus der Unfallversicherung. Danach bietet sich keine Handhabe, um die Berufsgenossenschaft in dem vorliegenden Streit als Beklagte zu behandeln. Der Bezirksausschuß hätte ihre Beiladung anordnen können. Dieses stand aber in seinem Ermessen. In der Revisionsinstanz findet Beiladung nicht mehr statt.

Auch in der Sache selbst ist die Entscheidung des Bezirksausschusses zutreffend.

Wo nach den Unfallversicherungsgesetzen mit Anspruch auf Ersatz zu leisten ist, da ist der Ersatz stets ausdrücklich vorbehalten. So namentlich auch in den Abs. 1 und 2 des § 27 LUVG. Im Abs. 3 des § 27 fehlt es aber nicht nur an einem solchen Vorbehalte, sondern es ist auch durch die Hinzufügung des in den beiden ersten Absätzen fehlenden Wortes „selbst" positiv ausgedrückt, daß die dort bezeichneten Leistungen dann, wenn die Berufsgenossenschaft sie übernimmt, solche der Berufsgenossenschaft sind und nicht mehr der Gemeinde obliegen. Die Vorschriften des § 27 über die Ersatzleistung hat das Oberverwaltungsgericht in bezug auf den Verletzten selbst dahin ausgelegt, daß dieser sich die Heilbehandlung selbst beschaffen und die Erstattung der Kosten verlangen kann (Urteil vom 22. September 1904, Preuß. Verwaltungsblatt Jahrg. 26 S. 863). Auch die Möglichkeit der Rechtsnachfolge in einen solchen Ersatzanspruch des Verletzten hat das Oberverwaltungsgericht anerkannt, jedoch abgelehnt, daß schon durch die bloße Gewährung der Heilbehandlung eine solche Rechtsnachfolge begründet werden könne (Urteil vom 30. Juni 1904, Preuß. Verwaltungsblatt Jahrg. 26 S. 254). Die Anwendbarkeit dieser Grundsätze auf den vorliegenden Fall ist aber durchweg von der Entscheidung der Frage abhängig, ob die Klägerin trotz der Uebernahme der Heilbehandlung durch die Berufsgenossenschaft verpflichtet ist, die Kosten des Heilverfahrens zu tragen. Wäre diese Frage in Uebereinstimmung mit der Auffassung des Landrats zu bejahen, dann könnte der Beklagte verlangen, daß die Klägerin ihn der Berufsgenossenschaft gegenüber entlaste. Eine Ersatzpflicht der Klägerin besteht aber, wie oben bemerkt, nicht. Hat die Berufsgenossenschaft von der ihr im § 27 Abs. 3 eingeräumten Befugnis Gebrauch gemacht, so hat sie auch die Kosten der übernommenen Leistungen zu tragen (vgl. hierzu die Motive zum Gesetz vom 5. Mai 1886 bei v. Rasp und Meinel, Kommentar zum Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft vom 30. Juni 1900, Anm. 8 zu § 27).

Auch nach § 76 c KVG. hat, wie in den Motiven zur Novelle vom 10. April 1892 S. 75 ausdrücklich hervorgehoben ist, die Krankenkasse eine Vergütung für die auf die Berufsgenossenschaft übergehende Gewährung der ärztlichen Behandlung und Arzneien nicht zu leisten.

Hiernach hatte im vorliegenden Falle das Diakonissenhaus nur Ansprüche an die Berufsgenossenschaft, nicht aber an die Klägerin. Die Entscheidung des Bezirksausschusses muß also bestätigt werden.

(DDr.) **Nicht jeder bei der Betriebsarbeit erlittene Hitzschlag ist als Betriebsunfall anzusehen.**

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 23. November 1912.

Dem Arbeiter F. ist am 8. August 1911 im Betriebe des Stauers P. beim Verladen von Stückgut nachmittags gegen 2 ½ Uhr plötzlich schlecht geworden. Nach einer amtlichen Auskunft der Seewarte hat an jenem Tage während der Mittagsstunden eine Schattentemperatur von 25,3 ° C geherrscht. F. selbst hat angegeben, ihm sei infolge der großen Hitze plötzlich schwindelig geworden, er sei hintenüber gefallen, habe sich den linken Zeigefinger verletzt und verspüre als Folge des Falles heftige Kopfschmerzen. Die Augenzeugen des Vorfalles haben bestätigt, daß F. während der Arbeit plötzlich umgefallen und bewußtlos liegen geblieben sei. Der Arbeitgeber hat die Meldung eines „Betriebsunfalles" abgelehnt in der Annahme, ein „Flauwerden" während der Arbeit sei doch kein Unfall. Der Oberarzt des städtischen Krankenhauses in Altona, wo F. behandelt wurde, Dr. C., stellte einen Hitzschlag in Frage betonte auch, F. habe schon vor dem hier fraglichen Vorkommnis an den Folgen eines früheren Traumas und chronischen Alkoholismus gelitten. Mittelbar nahm Dr. C. einen Zusammenhang dahin an, daß durch den ersten Unfall in der Konstitution des Nervensystems bei F. eine Schwächung entstanden sei, auf deren Grundlage sich eine Verschlimmerung der Beschwerden ergeben habe. Dem widersprach der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft, der sowohl das Vorliegen eines Betriebsunfalls als auch einen ursäch-

Digitized by Google

lichen Zusammenhang zwischen einem Trauma und den Beschwerden des Klägers verneinte. Daraufhin wurde der Anspruch abgelehnt. Die hiergegen eingelegte Berufung verwarf das Schiedsgericht, wie folgt: In Uebereinstimmung mit der Beklagten vermißt auch das Gericht den Nachweis eines Unfalles im Banne des Betriebes. Nach der eigenen Sachdarstellung des F. sowohl als auch nach den Zeugenaussagen ist ohne irgendein plötzliches schädigendes Ereignis dem F. gelegentlich der Arbeit am 8. August 1911 schlecht geworden. Es fehlen somit vollkommen die Kriterien eines Betriebsunfalles. Ein solcher könnte möglicherweise angenommen werden, wenn bei F. tatsächlich ein Hitzschlag vorgelegen hätte. Hierbei wäre aber immerhin noch zu erörtern gewesen, ob etwa die Art und der Ort der Betriebsarbeit wesentlich dazu beigetragen haben, eine etwa herrschende natürliche große Hitze und deren Einwirkung auf den Körper des F. noch zu steigern. Angesichts der Auskunft der Seewarte kann die Annahme zunächst fraglich erscheinen, ob überhaupt am 8. August 1911 eine übermäßig große Hitze nachmittags geherrscht hat, denn die Schattentemperatur betrug damals 25,3° C. Ferner ergaben die Ermittlungen, daß F. bei der in Frage kommenden Arbeit keinerlei außerordentlichen Anstrengungen ausgesetzt gewesen ist. Also weder Art noch Ort der Arbeit waren geeignet, die Einwirkung der Hitze auf den Körper des Klägers zu steigern. Im übrigen läßt es Dr. C. dahingestellt, ob es sich um einen ausgesprochenen Hitzschlag überhaupt gehandelt hat. Gegen eine solche Annahme spricht der klinische Verlauf, denn F. konnte bereits drei Stunden nach Einlieferung ins Hafenkrankenhaus entlassen werden Dr. C., dem der Zustand des Klägers von früheren Begutachtungen her wohl bekannt war, erklärt das sog. „Flauwerden" des F. zwangslos aus anderen Umständen. F. hat wiederholt Anfälle von Geistesstörung auf alkoholischer Grundlage gezeigt. Auch fällt die Angabe der Ehefrau F. im Altonaer Krankenhause ins Gewicht, nach der Kläger schon drei Wochen vor dem angeblichen Unfall sehr verstimmt und reizbar gewesen ist. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit muß daher angenommen werden, daß es sich bei F. gelegentlich der Arbeit lediglich um eine krankhafte Anwandlung infolge einer besonderen körperlichen Anlage und Beschaffenheit, nicht aber um einen Betriebsunfall gehandelt hat. Diese Entscheidung wurde in der Rekursinstanz vom Reichsversicherungsamt, wie folgt, bestätigt:

„Nach Prüfung des gesamten Sachverhalts hat das Reichsversicherungsamt keinen Anlaß gefunden, von der Entscheidung des Schiedsgerichts abzuweichen, da diese die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigt. Auch durch die Ausführungen des Klägers im Rekursverfahren sind die Gründe dieser Entscheidung nicht widerlegt. Insbesondere kann auch das Reichsversicherungsamt der Auffassung des Klägers nicht beitreten, daß sein Ohnmachtsanfall vom 8. August 1911 einen Unfall im gesetzlichen Sinne darstelle. Zunächst ist schon die Annahme ohne hinreichende Grundlage, daß das Umfallen im wesentlichen durch die Einwirkung der Hitze dieses Tages verursacht worden sei: letztere kann bei einer Außentemperatur von 25,3° C im Schatten in dem nach der Aussage des Stauers P. ausreichend ventilierten Schiffsraum keine übermäßig große gewesen sein. Sodann erhellt auch in keiner Weise, daß, falls eine Einwirkung der Hitze beim Umfallen in Betracht kommen sollte, diese Einwirkung sich auf einen verhältnismäßig engbegrenzten Zeitraum beschränkt und nicht vielmehr die ganze Arbeit des Tages hindurch angedauert habe. Nach der gesamten Lage des Falles erscheint vielmehr die Annahme des Schiedsgerichts durchaus begründet, daß es sich bei dem Kläger, der nach der bedenkfreien Bekundung seiner Frau während der letzten drei Wochen vor dem 8. August 1911 Alkoholmißbrauch getrieben und fast nichts gegessen hat, um eine Schwächeanwandlung gehandelt hat, die ohne eine störende Einwirkung von außen her eingetreten ist. Dabei ist es nach dem Gutachten des Dr. C. auch gleichgültig, ob der Kläger, wie er behauptet, gerade am 8. August 1911 wenig oder nichts an Alkohol zu sich genommen hat, so daß es der Vernehmung des hierfür benannten Zeugen nicht bedurfte. Wenn der Kläger aber weiter geltend macht, daß er mit dem Kopfe auf eine Kiste aufgeschlagen, der Fall durch die Einwirkung dieses Betriebsgegenstandes ein besonders schwerer geworden sei und sich deshalb als Unfall im Betriebe darstelle, so kann diese Behauptung, mit welcher Kläger auch erst in der Verhandlung vom 2. November 1911 aufgetreten ist, nicht für erwiesen angesehen werden. Von den Zeugen des Unfalls hat keiner ein solches Aufschlagen des Kopfes auf eine Kiste bestätigt; nur der Zeuge W. weiß, daß Kläger mit dem Kopfe „aufgeschlagen" ist, von einer Kiste aber erwähnt auch er nichts, so daß die Mitwirkung eines solchen Betriebsgegenstandes bei dem Falle auszuscheiden ist. Danach kann das Vorliegen eines Unfalls im gesetzlichen Sinne nicht anerkannt werden. Der Anspruch des Klägers auf Entschädigung für die Folgen des Falles ist mit Recht zurückgewiesen worden. Dem Rekurse war der Erfolg zu versagen."

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

(DDr.) **Diverse Entscheidungen des Oberversicherungsamts über Straffestsetzungen in Gemäßheit § 1489 RVO.**

Nach § 1447 RVO. kann die oberste Verwaltungsbehörde anordnen, daß örtliche Hebestellen der Versicherungsanstalt für deren Rechnung die Beiträge der Versicherungspflichtigen einziehen.

Von dieser Befugnis ist durch die Bekanntmachung des Senats vom 15. November 1911 Gebrauch gemacht worden. Die Einziehung der Beträge für alle versicherungspflichtige Personen mit Ausnahme der Mitglieder der Betriebskranken-, Dienstbotenkranken- und der sog. Seekasse erfolgt in der Stadt und denjenigen Gebietsteilen der Landherrenschaft der Marschlande, in denen

Digitized by Google

die Landgemeindeordnung keine Geltung hat, durch die im Bureau für das Versicherungswesen errichtete Hebestelle.

Ferner kann die oberste Verwaltungsbehörde bei Einführung des Einziehungsverfahrens die Pflicht zur Meldung der Versicherten regeln. Letzteres ist im § 4 der bezeichneten Bekanntmachung geschehen.

Endlich kann nach § 1489 RVO., wer seiner Pflicht zuwider Versicherungspflichtige nicht meldet, vom Versicherungsamt, falls er vorsätzlich handelt, mit Geldstrafe bis zu 300 M., falls er fahrlässig handelt, mit Geldstrafe bis zu 100 M. bestraft werden. Gegen die Straffestsetzung des Versicherungsamtes ist Beschwerde an das Oberversicherungsamt zulässig, dessen Beschlußkammer endgültig entscheidet. Im folgenden seien einige endgültig entschiedene Fälle angeführt:

1. Der Einwand des Beschwerdeführers, der zu spät abgemeldete Lehrling sei einfach am 6. Juni 1912 aus der Lehre weggeblieben und Beschwerdeführer habe vor dem 16. Juli 1912 nicht gewußt, ob der Lehrling zurückkommen werde, ist nicht stichhaltig. Seit dem 6. Juni 1912 arbeitete der Lehrling nicht mehr beim Beschwerdeführer und erhielt auch keinen Lohn mehr ausgezahlt. Tatsächlich war somit die Beschäftigung des Lehrlings mit dem 6. Juni 1912 beendet, und der Beschwerdeführer hätte innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Zeit die Abmeldung zur Invalidenversicherung beschaffen müssen.

2. Der Arbeitgeber hat nach der Bekanntmachung des Senats vom 15. November 1911 spätestens am dritten Tage nach Beendigung der Beschäftigung die versicherungspflichtige Person abzumelden. Beschwerdeführer hat aber das Hausfräulein M., das am 1. Juni 1912 aus der Beschäftigung austrat, bereits am 30. Mai 1912, also zu früh, und auch nicht etwa auf einem nach § 5 der Senatsbekanntmachung vorgeschriebenen Formular, sondern lediglich auf einer Postkarte abgemeldet. Die Strafe besteht somit zu Recht.

3. Beschwerdeführer gibt zu, den Kommis L. verspätet abgemeldet zu haben, entschuldigt dies aber mit Krankheit. Indes würde hierin, die Wahrheit dieser Behauptung vorausgesetzt, ein Grund zur Aufhebung der Strafe nicht zu erblicken sein. Im Anschluß an die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts wird eine körperliche Krankheit, die den Beschwerdeführer nicht willensunfähig macht, ihm vielmehr die Möglichkeit freistellt, sich bei seinen Obliegenheiten durch Dritte vertreten zu lassen, als ein der Fahrlässigkeit ausschließender Hinderungsgrund nicht zu gelten haben. Auch der fernere Einwand, in den monatlichen Quittungen sei der Name des Versicherten nicht angegeben, ist hinfällig, denn bei der Beitragseinziehung wird neben der Quittung noch eine Kontenabschrift vorgelegt, aus der der Beschwerdeführer den Sachverhalt unschwer hätte ersehen können.

4. Das Gesetz schreibt vor, daß der Arbeitgeber selbst der Meldepflicht zu genügen hat, daß er indes die Pflichten, die ihm das Gesetz oder die Satzung auferlegt, Betriebsleitern, Aufsichtspersonen oder anderen Angestellten seines Betriebes übertragen darf. Daß eine solche Uebertragung hier stattgefunden habe, hat Beschwerdeführer nicht behauptet. Er hat sich vielmehr darauf verlassen, daß seine Haushälterin die erforderliche Anmeldung innerhalb der vorgeschriebenen Frist beschaffen würde. Hierin lag eine Fahrlässigkeit, die bei unterbliebener Meldung mit Recht bestraft ist.

5. Die Strafe war aufzuheben. Glaubwürdig hat die Zeugin Pf. bekundet, daß den seit dem 1. Oktober 1911 als Volontären beschäftigten Kommis T. und K. am 30. Mai 1912 vom Beschwerdeführer eröffnet sei, daß sie von da ab mit einem Gehalt von 1000 M. pro Jahr weiter zu beschäftigen seien, indes sollten sie wegen ihrer zufriedenstellenden Führung das Salär vom 1. Mai 1912 nachbezahlt erhalten. Es handelte sich also um eine mit einer Schenkung verbundene Anstellung am 30. Mai 1912. Da am 31 Mai 1912 die Meldung der Kommis zur Invalidenversicherung beschafft wurde, war sie rechtzeitig und die Beschwerde somit begründet.

6. Wenn, wie Beschwerdeführer behauptet, er den Gehilfen E. bei dessen Austritt aus der Beschäftigung gleich bei der Innungskrankenkasse abgemeldet hat, so hat er doch seiner gesetzlichen Pflicht, den Angestellten bei der Invalidenversicherung abzumelden, nicht genügt. Aber selbst wenn man annehmen wollte, daß Beschwerdeführer mit rechtlicher Wirkung seine Meldepflicht auf die Innungskrankenkasse hätte übertragen können, so hat doch letztere ihrerseits die Abmeldung nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist vorgenommen. Beschwerdeführer hat jedenfalls fahrlässig gehandelt und ist deshalb mit Recht bestraft.

7. Daß Beschwerdeführer, als er im Frühjahr 1912 von Trier hierher verzog, im Zweifel über die Invalidenversicherungspflicht seines Kinderfräuleins L. gewesen sein sollte, klingt wenig glaubwürdig, denn bis zum 30. März 1912 sind in der Karte der L. Marken der Versicherungsanstalt Rheinprovinz fortlaufend entwertet. Jedenfalls ist dem Beschwerdeführer am 26. Juni 1912 behördlicherseits eröffnet, daß die L. invalidenversicherungspflichtig sei und er beim Bestreiten dieser Tatsache eine Entscheidung der Polizeibehörde herbeizuführen habe. Letztere hat Beschwerdeführer nicht in die Wege geleitet, trotzdem er am 23. Juli 1912 abermals in demselben Sinne verständigt worden ist. Beschwerdeführer handelte somit fahrlässig, wenn er beim Bestreiten der Versicherungspflicht die Anrufung der Polizeibehörde oder beim Anerkenntnis der Versicherungspflicht die rechtzeitige Anmeldung seiner Angestellten zur Invalidenversicherung unterließ.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

(ck.) **Die Leistungen der Bezirkskrankenkasse Brünn.**

Die Bezirkskrankenkasse Brünn erstreckt sich über den Stadt- und Landbezirk. Ihre Mitgliederzahl beträgt gegenwärtig 20000. Wenn es sich auch um keine deutsche Krankenkasse handelt, so ist es doch von Nutzen, auch einmal die Leistungen einer österreichischen Kasse kennen zu lernen.

Wie aus nachstehender Tabelle ersichtlich ist, ist die Höhe des Krankengeldes und die Bezugsdauer nach der Dauer der Mitgliedschaft abgestuft.

Angemeldeter Tagelohn	Wöchentliche Beiträge		Krankengeld			Bezugsdauer			Beerdigungskostenbeitrag in Kronen
	Gesamthöhe	Beitrag des Arbeiters	normal	nach ununterbroch. 5jähr. Mitgliedschaft	nach ununterbroch. 10jähr. Mitgliedschaft	normal	nach ununterbrochener 3jähr. Mitgliedschaft	nach ununterbrochener 5jähr. Mitgliedschaft	
Kronen	in Hellern		Kronen			Mitgliedschaft			
—.60	16	10.5	—.36	—.39	—.42				
—.70	18	11.3	—.42	—.45	—.49				24.—
—.80	21	14	—.48	—.52	—.56				
1.—	26	17.5	—.60	—.65	—.70				
1.20	32	21	—.72	—.78	—.84				
1.40	37	24.5	—.84	—.91	—.98				50.—
1.60	42	28	—.96	1.04	1.12				
2.—	53	35	1.20	1.30	1.40				
2.40	63	42	1.44	1.56	1.68				
2.70	70	47	1.62	1.75	1.89				
2.80	74	49	1.68	1.82	1.96				60.—
3.—	79	52 5	1.80	1.95	2.10				
3.50	92	61.5	2.10	2.28	2.45				80.—
4.—	105	70	2.40	2.60	2.80				

20 Wochen | 40 Wochen | 52 Wochen

Anspruchsberechtigte Familienangehörige. Die Kasse hat auch Familienversicherung eingeführt. Anspruch auf die Leistungen der Familienversicherung haben: Die Eheleute, Kinder, Eltern, Groß- und Schwiegereltern und Geschwister, soiern sie mit dem Mitgliede im gemeinsamen Haushalte leben, keinem Erwerbe nachgehen, nicht selbst versicherungspflichtige oder freiwillige Mitglieder einer Krankenkasse sind, und auch keine anderen Verwandten zu ihrer Versorgung verpflichtet sind.

Wenn beide Gatten einer Beschäftigung nachgehen und lediglich ein Gatte bei der Krankenkasse versichert ist, so kann auf die Leistungen der Familienversicherung nur Anspruch erhoben werden für die Kinder, Eltern, Großeltern und Geschwister des versicherten Gatten. — Kinder haben Anspruch bis zum vollendeten 16. Lebensjahre! Kinder der Mitglieder, die eine Mittelschule oder eine andere, dieser gleichgestellte Lehranstalt besuchen und deren Eltern infolge Mittellosigkeit vom Schulgelde befreit sind, haben auf die Leistungen der Familienversicherung bis zur Beendigung des Mittelschulstudiums Anspruch. Solche Familienangehörigen, welche mit einer unheilbaren Krankheit behaftet sind, die sie zur Ausübung einer gewerblichen Tätigkeit unfähig macht, haben auch nach vollendetem 16. Lebensjahre Anspruch auf die Leistungen der Familienversicherung.

Beginn des Anspruchs. Das versicherungspflichtige Mitglied erwirbt mit dem Tage des Eintritts in die Beschäftigung den Anspruch auf Kassenleistungen. Der Anspruch auf die Leistungen der Familienversicherung beginnt erst am achten Tage nach dem Beginn der Mitgliedschaft.

Das versicherungspflichtige, beschäftigungslose Mitglied hat durch 6 Wochen nach dem Austritt aus der Beschäftigung Anspruch auf Kassenleistungen. Auf Unterstützung aus der Familienversicherung besteht ein Anspruch noch innerhalb 14 Tagen nach dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung.

Leistungen der Familienversicherung. Die Familienversicherung gewährt: ärztliche Hilfe, geburtshilflichen Beistand, unentgeltliche Medikamente und Sterbegeld. Im Jahre 1911 betrugen die Ausgaben für Arztkosten 48449 K., für Medikamente 27414 K., für Sterbegeld 15696 K. und für das Erholungsheim 14349 K. — Medikamente für Familienangehörige, die ein Nichtkassenarzt verordnet hat, trägt die Kasse nicht. Die Erkrankung eines Familienmitgliedes, das in einem Orte wohnt, für welchen ein Kassenarzt nicht bestellt ist, ist sofort der Krankenkasse bekanntzugeben. Der Kasse bleibt es dann vorbehalten, entweder für ärztliche Hilfe zu sorgen, oder als Ersatz der Kosten der ärztlichen Behandlung und der Medikamente gegen Beibringung einer ärztlichen Bestätigung dem Mitgliede 60 Heller täglich auszuzahlen.

Freiwillige Weiterversicherung. Eine aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgetretene Person hat innerhalb 4 Wochen die Möglichkeit, die Beiträge weiterzuzahlen und so der Unterbrechung der Mitgliedschaft vorzubeugen. Ein freiwilliges Mitglied hat den ganzen Beitrag, monatlich im Voraus bei der Kasse einzuzahlen.

Die Krankmeldung. Der Erkrankte läßt sich vom Arbeitgeber eine Anweisung für den Arzt geben und begibt sich mit derselben zum zuständigen Rayonsarzt der Kasse. Für den Fall, als das Mitglied nicht in Brünn und den nächstgelegenen Vororten wohnt, hat es jenen Rayonsarzt zu konsultieren, zu dem der Betrieb gehört. Mitglieder, die in einem Orte wohnen, für welche ein Kassenarzt nicht bestellt ist, müssen sich vor ihrer Heimreise bei dem Chefarzte der Kasse melden. Erkrankt ein Mitglied in einem Orte, für welchen ein Kassenarzt nicht bestellt ist, so muß es seine Erkrankung unverzüglich und direkt der Kassenleitung mitteilen, widrigenfalls es aller Ansprüche auf Kassenleistungen verlustig geht (!).

Konsultation eines Nichtkassenarztes. Nur

Digitized by Google

im Falle ernster Gefahr darf die erste ärztliche Hilfe durch einen Privatarzt in Anspruch genommen werden. Die erste ärztliche Hilfe honoriert die Kasse mit 2 K. Für den Fall, daß ärztliche Hilfe noch weiter notwendig sein sollte, muß der Kassenarzt konsultiert werden. Jedenfalls ist der Rayonsarzt (Kassenarzt) von der Inanspruchnahme eines Privatarztes sofort in Kenntnis zu setzen, weil das Mitglied sonst bis zur Meldung beim Kassenarzte des Krankengeldes verlustig geht.

Die von einem Privatarzte verschriebenen Medikamente und therapeutischen Behelfe werden nur mit jenem Betrage vergütet, welcher der Kasse bei Verschreibung des Arzneimittels durch den Kassenarzt und bei direkter Lieferung erwachsen würde. Die bezüglichen Rezepte müssen jedoch innerhalb 8 Tagen bei der Kasse präsentiert werden. Familienmitglieder haben auf diese Vergünstigung keinen Anspruch.

Krankengeldzahlung. Das Krankengeld wird nur vom Tage der beim Kassenarzte erfolgten Krankenanmeldung ausgezahlt. Wenn sich ein Mitglied am Nachmittage beim Arzte krank meldet, so hat es für diesen Tag keinen Anspruch auf Krankengeld. Für die Zeit vor der Krankmeldung wird ein Krankengeld nicht gezahlt. Das vom Arzte als arbeitsunfähig befundene Mitglied muß die vom Arzte ausgestellte Anweisung auf Krankengeld allwöchentlich vom Arbeitgeber bestätigen lassen und dann am Freitag oder Samstag in der Zeit von 9 Uhr vormittags bis 2 Uhr nachmittags der Kasse präsentieren.

Hausgeld. Die verheirateten Mitglieder haben Anspruch auf die Hälfte des Krankengeldes, die ledigen Mitglieder auf den Ueberschuß des Krankengeldes über die Verpflegekosten. Die Verpflegegebühr beträgt gegenwärtig im Allgemeinen Krankenhause für Personen, die nach Mähren zuständig sind, 2.56 K., für Lehrlinge 2.24 K., für Personen, die nicht nach Mähren zuständig sind 3.20 K. Vom 1. Januar 1915 ab wird die Verpflegegebühr auch für die nach Mähren zuständigen Personen, einschließlich der Lehrlinge, 3.20 K. betragen.

(ck) Die Heilbehandlung bei den Landesversicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen der Invalidenversicherung.

Das Reichsversicherungsamt hat in einem Beiheft zu den „Amtl. Nachrichten" eine Statistik der Heilbehandlung für die Jahre 1906—1911 veröffentlicht. Die erste derartige Statistik wurde im Jahre 1898 aufgenommen.

Die Gesamtaufwendungen für Heilbehandlungszwecke betrugen bei den Trägern der Invalidenversicherung vom Jahre 1897 bis inkl. 1910 zusammen 177811106 M. Die Krankenkassen gaben im selben Zeitraum für Krankenfürsorge 3225295766 M. und die Berufsgenossenschaften 122337898 M. aus. Bei den Versicherungsanstalten stieg die Ausgabe von 2011148 M. im Jahre 1897 auf 26593569 M. im Jahre 1910 und 27748853 M. im Jahre 1911, bei den Krankenkassen von 130442883 M. auf 352084623 M. und bei den Berufsgenossenschaften von 5798108 M. auf 11299329 M. im Jahre 1910 (die Zahlen von 1911 liegen von den letzten beiden Versicherungsträgern noch nicht vor). Die Leistungen der Krankenkassen setzen sich aus Arztkosten, aus Auswendungen für Arzneien und kleine Heilmittel, für Wöchnerinnen, Krankenhaus- und Rekonvaleszentenpflege, aus Krankengeld an Mitglieder und Angehörige usw. zusammen und stehen unerreicht da. Der Aufwand der Versicherungsanstalten war im Jahre 1901 nur wenig größer als der Aufwand der Berufsgenossenschaften, im Jahre 1910 dagegen mehr als doppelt so hoch. Seit dem Jahre 1897 hat sich der Aufwand der Berufsgenossenschaften nur verdoppelt, während der Aufwand der Versicherungsanstalten den dreizehnfachen Betrag erreicht hat. Daß ist ein Beweis dafür, daß die Mahnungen des Reichsversicherungsamts an die Berufsgenossenschaften zur rechtzeitigen Uebernahme der Heilbehandlung leider nicht bei allen den gewünschten Erfolg gehabt haben.

Umfang und Kosten der Heilbehandlung. Die Zahl der Personen, für die ein Heilverfahren eingeleitet wurde, betrug 123602 gegen 114310 im Jahre 1910. Davon entfallen auf Lungentuberkulose 31641 Männer und 15938 Frauen, zusammen 47579 Personen, die „ständig" behandelt wurden und 1170 Männer und 169 Frauen, zusammen 1339 Personen, die „nichtständig" behandelt wurden. Wegen Lupus wurden 80 Männer und 110 Frauen in Heilbehandlung genommen. Wegen anderer Krankheiten wurden 22899 Männer und 16769 Frauen, zusammen 39668 Personen „ständig" und 18911 Männer und 15915 Frauen, zusammen 34826 Personen „nichtständig" behandelt. Unter „ständiger" Heilbehandlung wird jedes planmäßige Heilverfahren in Kranken- und Genesungshäusern, Heilstätten, Bädern oder auch in der eigenen Wohnung des Versicherten verstanden, unter „nichtständiger" Heilbehandlung dagegen die Behandlung in der Sprechstunde des Arztes, sowie alle einmaligen oder vorübergehenden Maßnahmen (Gewährung von Arzt und Arznei, künstlichen Gliedern usw.). Wenn Kranke in einem Krankenhaus, in einer Klinik oder in einem sonstigen Heilinstitut längere Zeit behandelt werden, ohne in diesen Anstalten untergebracht zu werden, wie dies z. B. bei Geschlechtskrankheiten, Lupus und einigen andern Krankheiten vorkommt, ebenso wenn es sich um länger andauernde Behandlung in der Sprechstunde des Arztes handelt, wird diese Behandlung im Gegensatz zu den vorübergehenden Maßnahmen ebenfalls als eine „ständige" Heilbehandlung angesehen.

39,58 % aller Behandelten wurden 1911 wegen Lungen- und Kehlkopftuberkulose, der 0,15 % wegen Lupus und 60,27 % wegen anderer Krankheiten behandelt. Von den Tuberkulösen sind 97,26 %, von den anderen Kranken 53,25 % in „ständige" Heilbehandlung und 2,74 % bezw. 46,75 % in „nichtständige" Heilbehandlung genommen worden.

Von 10000 versicherten Personen wurden in Heilbehandlung genommen: 9 im Jahre 1897, 69 im Jahre 1909, 78 im Jahre 1910 und 84 im Jahre 1911. Es ist also eine ständige Steigerung zu verzeichnen.

Die Kosten des Heilverfahrens betrugen bei Lungentuberkulösen 18154759 für ständige Behandlung und 118251 M für nichtständige Behandlung. Die Kosten für Lupusbehandlung betrugen 59826 M. und die für ständige Behandlung anderer Krankheiten 8337659 M., für nichtständige Behandlung 1078358 M. Für die Heilbehandlung tuberkulöser Personen müssen mithin bedeutend größere Aufwendungen gemacht werden, als für andere Kranke.

Die Kosten der Heilbehandlung betrugen im Jahre 1911 10,4 % der Beitragseinnahmen und 12,9 % der Rentenzahlungen, während sie im Jahre 1897 nur 1,6 % der Beitragseinnahmen und 3,4 % der Rentenzahlungen betrugen.

Als Hausgeld an die Angehörigen wurden im Jahre 1911 3858095 M. gezahlt gegen 3613360 M. im Jahre vorher.

Zur Durchführung der Krankenpflege auf dem Lande wurden von den Versicherungsanstalten in 2601 Fällen Beihilfen im Betrage von 367632 M an Frauenvereine, Krankenpflegestationen usw. gezahlt.

Für die Bekämpfung bestimmter Krankheiten wurden 1911 729438 M. aufgewendet, gegen 621626 M. im Vorjahre. Allein 526987 M. wurden zur Bekämpfung der Tuberkulose (Beiträge an Vereine zur Errichtung von Heilstätten, Zuschüsse zur Errichtung und

Digitized by Google

Unterhaltung von Walderholungsstätten, für Fürsorgestellen, Wohnungsdesinfektion usw.) aufgewandt, der Rest von 202451 entfällt auf andere Krankheiten (Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs, der Geschlechtskrankheiten und des Lupus).

Geschlechts- und alkoholkranke Personen. Die Zahl der wegen Geschlechtskrankheiten Behandelten betrug nur 499 gegen 677 im Jahre 1910; es ist also eine Abnahme von 178 zu verzeichnen. Die Zahl der Alkoholkranken stieg dagegen von 677 im Jahre 1910 auf 923, was eine Zunahme von 246 ergibt.

Zahnbehandlung. Insgesamt wurden wegen Zahnkrankheiten 30847 Personen behandelt, davon waren 16630 Männer und 14217 Frauen. Die Kosten betrugen 1082019 M. Da jedoch 223106 M. von Krankenkassen, Gemeinden und den Versicherten erstattet wurden, beträgt der wirkliche Kostenaufwand 858913 M. Die Statistik enthält außerdem eine sehr wertvolle, zusammenfassende Bearbeitung der auf dem Gebiete der Zahnkrankheiten von den Versicherungsanstalten befolgten Grundsätze.

Walderholungsstätten. Im Laufe des Jahres 1911 sind in Tages-(Wald-)Erholungsstätten 3333 Personen in 97396 Verpflegungstagen mit einem Kostenaufwand von 206275 M. verpflegt worden. Diese Erholungsstätten erfreuen sich einer steigenden Beliebtheit. Mit Recht wird darauf aufmerksam gemacht, daß es gerade Lungentuberkulöse sind, die aus irgendeinem Grunde nicht in eine Lungenheilanstalt kommen konnten und dann Besserung in einer Walderholungsstätte suchen.

Invalidenhauspflege. Während 1910 960 Personen in 164 Anstalten verpflegt wurden, stieg die Zahl im Jahre 1911 auf 1117 Personen, die in 178 Invaliden- oder Siechenheimen und in Krankenhäusern untergebracht waren. Von den im Jahre 1911 verpflegten 817 lungentuberkulösen Männern und 300 Frauen sind 157 Männer und 51 Frauen in den Pflegeanstalten gestorben, 252 Männer und 68 Frauen sind freiwillig ausgeschieden, und 24 Männer und 1 Frau wurden von den Versicherungsanstalten strafweise entlassen. Ende 1911 verblieben also nur noch 384 Männer und 180 Frauen in Invalidenhauspflege. Die Kosten betrugen 1911 313791 M.

Die Zahl der von den Versicherungsanstalten errichteten Lungenheilstätten, Sanatorien usw. betrug Ende 1911 80.

Die Behandlung einer Person kostete:

	1911	1910
in einer Lungenheilstätte . .	345,91 M.	335,90 M.
in den Genesungshäusern . .	116,02 „	117,28 M.
in den Lungenheilstätten und Genesungsheimen zusammen genommen	229,17 „	226,99 M.

Neben den von den Versicherungsanstalten gebauten Heilstätten waren Ende 1911 noch 64 Volksheilstätten, 39 Privatheilanstalten und 22 Kinderheilstatten für Lungenkranke im Reiche vorhanden, welche von Gemeinden, Krankenkassen, Vereinen, Aerzten usw. errichtet worden sind. Außerdem sind noch 96 Walderholungsstätten vorhanden.

Seit dem Jahre 1907 wird auch die militär-ärztliche Untersuchung Gestellungspflichtiger für die Heilbehandlung nutzbar gemacht. Im vergangenen Jahre wurden im ganzen 475 Tuberkulöse und 711 andere Kranke den Versicherungsanstalten zur Einleitung von Heilverfahren angemeldet. Davon wurden bei 157 Tuberkulösen und 67 mit anderen Krankheiten Behafteten Heilverfahren eingeleitet. Bei 112 Tuberkulösen und 195 anderen Kranken ist das Heilverfahren von den Vorständen der Versicherungsanstalten, in 174 bezw. 301 Fällen von den Versicherten selbst abgelehnt worden. Bei einem größeren Teil der letzteren soll es sich um Geschlechtskranke gehandelt haben. Bei einzelnen Versicherungsanstalten (Schleswig-Holstein, Westfalen, Oldenburg) sind Anmeldungen nur in geringer Zahl eingegangen. In Würtemberg hat die Zahl der Anmeldungen erheblich abgenommen.

Die Erfolge der Heilbehandlung werden in Anfangs- und Dauererfolge eingeteilt. Ein Anfangserfolg liegt vor, wenn der Kranke beim Abschluß des Heilverfahrens soweit hergestellt ist, daß für absehbare Zeit keine Erwerbsunfähigkeit zu befürchten ist. Bei Kranken mit sicher nachgewiesener Lungen oder Kehlkopftuberkulose betrug der Anfangserfolg im Jahre 1911 91 %, bei Lungentuberkulosenverdächtigen 96 %, bei Lupuskranken 80 % und bei anderen Kranken 89 %. Die Dauererfolge sind bei den Frauen besser, als bei den Männern und zwar um 3—9 %. Wenn man von kleinen Rückschlägen absieht, dann haben sich die Dauererfolge sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen von Jahr zu Jahr gehoben. Die besseren Ergebnisse werden auf die sorgfältigere Auswahl der Kranken und auf die bessere Ausgestaltung des Heilverfahrens zurückgeführt. Wenn man die verbliebenen Erfolge am Schlusse der ersten Jahre nach dem Behandlungsjahre vergleicht, so ergibt sich für die 1905 Behandelten am Schlusse des Jahres 1906 ein Dauererfolg von 63 % bei Männern und 67 % bei Frauen, für die 1906 Behandelten am Schlusse des Jahres 1907 ein Dauererfolg von 65 % bei Männern und 70 % bei Frauen, für die 1907 Behandelten am Schlusse des Jahres 1908 ein Dauererfolg von 64 % bei Männern und 69 % bei Frauen, Ende 1909 für die 1908 Behandelten 66 bzw. 71 %, Ende 1910 für die 1909 Behandelten 68 bezw. 71 % und Ende 1911 für 1910 Behandelten ein Dauererfolg von 75 % bei Männern und 78 % bei Frauen. — Ende des dritten Jahres nach dem Behandlungsjahre werden bei den 1905 Behandelten am Schlusse des Jahres 1908 noch 48 % der Männer und 55 % der Frauen als erwerbsfähig gezählt; nach weiteren zwei Jahren, also Ende 1910, bleiben von diesen noch 41 % der Männer und 49 % der Frauen als erwerbsfähig übrig, während bei den 1906 behandelten Personen am Schlusse des fünften Jahres nach dem Behandlungsjahr also Ende 1911, noch ein Dauererfolg von 44 % bei Männern und 53 % bei Frauen festgestellt wurde. — Wenn man nur die mit Erfolg behandelten Personen in Betracht zieht, ist das Ergebnis günstiger. Von den 1905 mit Erfolg behandelten sind noch Ende 1910 51 % der Männer und 60 % der Frauen und von den 1906 Behandelten Ende 1911 noch 55 % bezw. 62 % erwerbsfähig. — Von den im Jahre 1910 mit Erfolg behandelten 839 Männern und 247 Frauen war Ende 1911 noch bei 680 Männern und 213 Frauen Heilerfolg vorhanden.

Stadieneinteilung. Von den Tuberkulösen befanden sich 1911 beim Beginn der Heilbehandlung im Stadium I 13420 Männer und 9287 Frauen, im Stadium II 11135 Männer und 3980 Frauen und im Stadium III 3324 Männer und 1215 Frauen. Nach der ärztlichen Feststellung beim Abschluß der Behandlung kamen im ganzen in das Stadium O 1899 Männer und 1346 Frauen, in das Stadium I 15829 Männer und 9385 Frauen, in das Stadium II 7540 Männer und 2753 Frauen und in das Stadium III 2611 Männer und 998 Frauen. Diese Zahlen lassen eine Verschiebung zugunsten der Stadien O und I, also einen wesentlichen Erfolg der Heilbehandlung erkennen.

Erwerbsfähig im Sinne der Invalidenversicherung wurden durch das Heilverfahren im ganzen 25150 Männer (12915 aus Stadium I, 10215 aus Stadium II, 2020

Digitized by Google

aus Stadium III) und 13208 Frauen (9009 aus Stadium I, 3531 aus Stadium II und 668 aus Stadium III). Kein Erfolg wurde erzielt bei 2729 Männern (aus Stadium I 505, Stadium II 920 und Stadium III 1304) und 1274 Frauen (aus Stadium I 278, II 449 und III 547).

„Wiederholungen des Heilverfahrens. Wiederholte Behandlung erfolgte auf 1000 Männer 199 und auf 1000 Frauen 157 mal. Bei den Männern ist also eine Wiederholung des Heilverfahrens öfter notwendig, als bei den Frauen.

Die Verbreitung der Lungen- und Kehlkopftuberkulose nach Berufsgruppen. Hierüber sind zum erstenmal Ermittelungen angestellt worden. Das Material erstreckt sich vorläufig nur über 31 Versicherungsanstalten, ist also nicht vollständig. Trotzdem ist diese Statistik sehr wertvoll, weil sie sich immerhin über 28423 Personen erstreckt. Die Tuberkulösen verteilen sich auf die Berufsgruppen wie folgt:

Berufe	Auf 100 der Männer	Auf 100 der Frauen	Auf 100 aller Männer und Frauen
Landwirtschaft, Gärtnerei und Tierzucht, Forstwirtschaft und Fischerei	3,5	2,6	3,2
Bergbau, Hütten- und Salinenwesen, Torfgräberei	8,4	0,1	5,5
Industrie der Steine und Erde	5,2	1,1	3,8
Metallverarbeitung	15,2	2,6	11,1
Industrie der Maschinen, Instrumente und Apparate	8,4	1,8	6,1
Chemische Industrie	0,6	0,3	0,5
Industrie der Leuchtstoffe, Fette und Oele	0,6	0,7	0,6
Textilindustrie	4,6	12,3	7,2
Papierindustrie	1,4	1,8	1,5
Lederindustrie und Industrie lederartiger Stoffe	1,6	0,4	1,2
Industrie der Holz- und Schnitzstoffe	7,4	0,6	5,0
Industrie der Nahrungs- und Genußmittel	3,9	6,8	4,9
Bekleidungsgewerbe	3,5	12,8	6,7
Reinigungsgewerbe	0,9	1,8	1,2
Baugewerbe	10,5	0,1	6,9
Polygraphische Gewerbe	2,5	1,7	2,2
Künstlerische Gewerbe	0,5	0,2	0,4
Sonstige Gewerbe, deren Zugehörigkeit zu den Gruppen 2—17 zweifelhaft bleibt	1,2	1,4	1,3
Handels und Versicherungsgewerbe	7,4	12,6	9,2
Verkehrsgewerbe	7,1	0,4	4,8
Gast- und Schankwirtschaft	1,0	1,1	1,0
Häusliche Dienste	1,6	4,7	2,7
Oeffentlicher Dienst und freie Berufsarten	2,6	3,7	3,0
Ohne Beruf	0,1	2,5	0,9
Dienende	0,3	25,9	9,1

Bei den Männern treten die Gruppen Metallverarbeitung, Baugewerbe, Industrie der Maschinen, Bergbau, Handels- und Versicherungsgewerbe, Industrie der Holz- und Schnitzstoffe und die Gruppe Verkehrsgewerbe besonders hervor; auf diese Gruppen entfallen allein 64 % der Behandelten. Bei den Frauen sind die Gruppen Dienende, Bekleidungsgewerbe, Handels- und Versicherungsgewerbe, Textilindustrie mit zusammen 63 % aller Behandelten am meisten beteiligt.

Altersstatistik. Auch über das Alter der wegen Tuberkulose Behandelten ist zum erstenMal eine Statistik aufgenommen worden. Sie ergibt folgendes Bild:

Lebensalter beim Beginn des Heilverfahrens	Männer auf 100 der Behandelten	Frauen auf 100 der Behandelten	Männer und Frauen auf 100 der Behandelten
16 bis unter 20 Jahre	7	14	9
20 „ „ 25 „	21	38	27
25 „ „ 30 „	23	24	23
30 „ „ 35 „	20	13	17
35 „ „ 40 „	14	7	12
40 „ „ 50 „	12	4	10
über 50 „	3	0	2

Im Alter von 16 bis 20 Jahren sind die Frauen doppelt so stark beteiligt, als die Männer. Auch in der folgenden Altersgruppe überwiegen die Frauen noch um 17 %. Im Alter von 25 bis 30 Jahren sind beide Geschlechter annähernd gleich beteiligt. In der nächsten Gruppe sinkt die Zahl der Frauen gegenüber der der Männer bereits um 7 % und in der folgenden Gruppe ist das umgekehrte Verhältnis wie am Anfang eingetreten, d. h. die Männer sind hier noch einmal so stark vertreten wie die Frauen. In den Lebensaltern von 40 bis 50 Jahren ist das Verhältnis der Frauen zu den Männern schon wie 1 zu 3, und in der letzten Gruppe ist der Anteil der Frauen gleich Null.

(W.) Einigungskommission zwischen Hamburgischen Aerzten und Krankenkassen.

Die Hamburgische Aerztekorrespondenz veröffentlicht folgende Mitteilung:

Ende des Jahres 1913 werden zahlreiche Verträge, die zwischen Aerzten und Krankenkassen laufen, wegen der durch die Einführung der Reichsversicherungsordnung bedingten Auflösung oder Verschmelzung von Krankenkassen erlöschen; durch die Vermehrung der versicherungspflichtigen Mitglieder wird die Schaffung einer Reihe ganz neuer Kassenarztstellen notwendig werden. Um zu verhüten, daß bei Besetzung dieser großen Anzahl von Kassenarztstellen die jetzigen Kassenärzte Schaden leiden und, auf der anderen Seite, diejenigen Aerzte, deren Wünsche nach Beteiligung bzw. größerer Beteiligung an der Kassenpraxis bisher nicht erfüllt waren, wieder unberücksichtigt bleiben, haben sich die Unterzeichneten, im Bewußtsein ihrer Verantwortlichkeit, unter dem unparteiischen Vorsitz von Herrn Dr. Pfeiffer zunächst unter sich zu gemeinsamen Beratungen, dann auch zu Verhandlungen mit den Krankenkassen zusammengefunden, deren Resultat heute der Hamburger Aerzteschaft in folgendem Abkommen mit der Bitte bekanntgegeben wird, seine Bestimmungen in ruhiger Ueberlegung zu würdigen.

Das Abkommen lautet: Zur Herstellung dauernd friedlicher Beziehungen zwischen Krankenkassen und Aerzten hat sich in Hamburg auf Anregung und unter Vorsitz eines Unparteiischen, Verwaltungsphysikus Herrn Professor Pfeiffer, eine Kommission mit dem in der Ueberschrift genannten Namen gebildet. Entsprechend der gegenseitigen Wertschätzung und völligen Gleichberechtigung der vertragschließenden Parteien, wie sie in der Reichsversicherungsordnung anerkannt ist, besteht die Kommission aus dem Unparteiischen als Vorsitzenden, vier Kassenvorstandsmitgliedern und je vier Kassenärzten der beiden Arztsysteme. Die jeweilig beteiligte Krankenkasse resp. die Versicherungsbehörde für die von ihr verwalteten Kassen ist berechtigt, einen Vertreter in die Kommission als Referenten zu delegieren. Diese vollkommen paritätische Zusammensetzung verbürgt am sichersten eine erfolgreiche,

Digitized by Google

alle Teile befriedigende Tätigkeit, wie sie zur Durchführung der neuen Verhältnisse der Reichsversicherungsordnung, namentlich des § 368, unbedingt notwendig ist. Die beteiligten Krankenkassen und Aerzte unterwerfen sich allen Maßnahmen und Entscheidungen dieser Kommission freiwillig und definitiv. Die unterzeichnete Krankenkasse verpflichtet sich, ihre sämtlichen vakant werdenden Kassenarztstellen in der Weise zu besetzen, daß sie nur aus dem ihr von der Kommission ad hoc präsentierten Auffatz ihre Wahl trifft. Sie erklärt sich ferner damit einverstanden, bei allen wichtigen ärztlichen Fragen und allen erheblichen Differenzen, die sich aus der Vertragsstellung, Honorierung usw. ergeben, die Vermittlung und, wenn nötig, die Entscheidung der Kommission anzurufen, wie es ähnlich in den §§ 378, 379 des ersten, nicht zum Gesetz erhobenen Entwurfs der Reichsversicherungsordnung vorgesehen war. Bestehende Verträge werden von der Kompetenz der Kommission nicht berührt. Ebenso gehört eine prinzipielle Stellungnahme für oder gegen die freie Aerztewahl nicht zu deren Aufgaben. Es soll vielmehr dem freien Ermessen der Krankenkassen überlassen bleiben, sich für ein beliebiges Aerztesystem selbst zu entscheiden. Demgegenüber verpflichten sich die bei der Kommission tätigen Aerzte, ihren ganzen Einfluß bei den zuständigen Standesvertretungen und Aerzteorganisationen dahin geltend zu machen, daß Schwierigkeiten beim Abschluß von Kassenärzteverträgen vermieden werden und überhaupt eine friedliche Lösung der Aerztefrage und -versorgung gewährleistet wird. Das Recht, die Kommission als Schiedsinstanz anzurufen, steht jeder beteiligten Krankenkasse wie den Aerzten in gleicher Weise zu. Jede Krankenkasse kann von dieser Vereinbarung alle zwei Jahre nach vorausgegangener vierteljährlicher schriftlicher Kündigung zurücktreten. Das Kommissionsabkommen tritt am 1. Januar 1913 in Kraft und ist zunächst bindend bis zum 31. Dezember 1914. Nach Ablauf dieser Frist wird die Kommission den beteiligten Kreisen einen Tätigkeitsbericht erstatten. Die Geschäftsordnung wird von der Kommission selbst festgesetzt.

Dieses Abkommen haben außer den unterzeichneten Aerzten als für sich verbindlich durch Unterschrift anerkannt: 1. Die Behörde für das Versicherungswesen für die ihrer Verwaltung unterstellten Krankenkassen, 2. die Ortskrankenkasse für kaufmännische Geschäfte, 3. sämtliche übrigen Ortskrankenkassen, 4. die meisten der großen freien Hilfskassen, welche für die Umgestaltung in Ersatzkassen in Frage kommen, 5. von den Betriebskrankenkassen sämtliche staatlichen und der Verband der privaten Betriebskrankenkassen inkl. Hochbahn, 6. einige Innungs- und andere kleinere Krankenkassen.

Aus den sozialpolitischen Verhandlungen des Reichstags

heben wir hervor, was sich auf die Reichsversicherung bezieht.

Die Budgetkommission beantragte, eine neue Uebersicht über die Belastung des Reichs und der Versicherten aus der Hinterbliebenenversicherung aufstellen zu lassen. Es sollten dabei die bis jetzt gemachten Erfahrungen über die Häufigkeit der Rentenbewilligung, die Höhe der ersparten Beitragserstattungen und der Erträge aus der zur Durchführung der Hinterbliebenenversorgung herbeigeführten Beitragserhöhung mitberücksichtigt werden. Für den Fall, daß diese Neuberechnungen die Möglichkeit höherer Renten ergeben sollten, als in den entsprechenden Paragraphen des vierten Buches der Reichsversicherungsordnung vorgesehen sind, sollte eine entsprechende Erhöhung der Renten eintreten. Molkenbuhr (soz.) wies gegenüber früheren Einwänden bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung, daß die Sozialdemokratie phantastische, in die Milliarden gehende Anträge gestellt habe, daraufhin, daß das Reich nach den Erläuterungen zum Etat für 1913 insgesamt mit noch nicht ganz 2 Mill. M. durch die Hinterbliebenenfürsorge belastet werde. Die jetzige Rentengewährung stehe in einem schlimmen Mißverhältnis zu der Kapitalaufhäufung der Versicherung. Ministerialdirektor Dr. Caspar erklärte diese Annahmen für falsch. Die Zahl der Renten habe sich vom ersten Vierteljahr 1912 (92) bis zum vierten Vierteljahr 1912 (1800) verzehn- und verzwanzigfacht. Im Jahre 1912 seien insgesamt 4000 Witwenrenten gewährt worden, 14000 Waisenrenten und 4000 Witwengelder. Der Reichstag nahm die Resolution der Budgetkommission mit der Abänderung an, daß bei den geforderten Neuberechnungen auch die Erfahrungen des Jahres 1913 mit berücksichtigt werden sollen.

Bei den Verhandlungen wurde auch der Schrift des Professors Bernhard gedacht, die in der Arb.-Versorgg. 1912 S. 833 von Magistratsassessor Lange gebührend gewürdigt worden ist. Vertreter aller Parteien wandten sich gegen Tendenz und Methode der Schrift. Ein Zentrumsredner hatte in der Kommission besonders die geradezu systematische Diskreditierung der deutschen Versicherungsgesetzgebung, wie sie Professor Ludwig Bernhard in Vorträgen für die junge Beamtenschaft betreibe, gerügt, worauf der Regierungsvertreter sein Bedauern aussprach, daß sich gegen die vielfach ungerechten Ausführungen des Professors Bernhard amtlich nichts machen lasse. Selbstverständlich dürfe man nicht in jedem Rentenansucher einen Simulanten sehen. An der gleichmäßigen und gerechten Verteilung der Renten hätten die Arbeiter selbst ein Interesse. Bei der Beratung dieses Titels im Hause selbst wandten sich Gothein (Fortschr.), der die Bernhardsche Schrift nicht zu tragisch zu nehmen empfahl, und besonders nachdrücklich die Arbeitersekretäre Giesberts (Z) und Becker (Z.) gegen die Verunglimpfung der deutschen Arbeiterversicherung und der versicherten Arbeiter durch Bernhard. Auch diejenigen Industriellen, die nicht einer bestimmten Scharfmacherklique zuneigten, seien mit den falschen Schlüssen und Tendenzen der Schrift nicht einverstanden. Staatssekretär Dr. Delbrück verwies zum Beweis für die Unbegründetheit des Materials der Bernhardschen Behauptungen auf die Widerlegungen, die diese in ihrer Art ja keineswegs neuen Behauptungen längst in der Literatur und neuerdings erst wieder z. B. durch den Vortrag des Präsidenten Dr. Kaufmann (Sp. 255) und die Abhandlungen von Ministerialrat Dr. Zahn und von Oberregierungsrat Dr. Wuermeling, auf die wir noch zurückkommen, erfahren haben.

Im Anschluß an den Antrag Dr. Pieper wird ferner die Regierung eine Denkschrift über die gesamte deutsche Arbeiterschutz- und -versicherungsgesetzgebung und zwar nicht nur über die von Reich und Bundesrat aufgestellten Bestimmungen, sondern auch über die für die Landespolizei und Gewerbepolizei geltenden Grundzüge sowie über ihre tatsächlichen Ergebnisse und Wirkungen ausarbeiten lassen, die nebenbei eine deutliche Antwort auf die von Professor Bernhard vorgebrachten Uebertreibungen bilden wird.

Der Hallesche Krankenkassen- und Aerztestreik vor dem Reichsgericht.

In dem Rechtsstreite des Verbandes Hallescher Krankenkassen gegen den Verband Hallescher Kassenärzte, letzten Endes gegen den Magistrat von Halle selbst, hat jetzt auch das Reichsgericht sein Urteil gesprochen und übereinstimmend mit den Vorinstanzen, von einem nur unwesentlichen Punkte abgesehen, zuungunsten des klagenden Krankenkassenverbandes entschieden. Am 30. April 1910 hatten bekanntlich sämtliche Hallesche Kassenärzte

Digitized by Google

den Kassen gekündigt, in der Hauptsache, weil die Kassen sich weigerten, die freie Arztwahl einzuführen. Es war den Kassen nicht möglich, sofort genügenden Ersatz an Aerzten zu beschaffen, jedenfalls fand der Magistrat die Zahl der den Kassen zur Verfügung stehenden Aerzte für unzureichend und drohte dem Verbande an, in Gemäßheit von § 45 Abs. 5 des Krankenkassengesetzes die Befugnisse und Obliegenheiten der Kassenorgane selbst zu übernehmen, wenn nicht bis zum 25. November 1910 seitens der Kassen Gewähr für ordnungsgemäße ärztliche Behandlung geboten sei. Diese Zwangsverwaltung der Kassen wurde dann auch schließlich seitens des Magistrats angeordnet, der sodann im Dezember 1910 und im März 1911 mit den Halleschen Aerzten auf Kosten der Kassen selbst Verträge abschloß, um dem Streite ein Ende zu machen und einer Gefahr für die Kassenmitglieder zu begegnen. Der Krankenkassenverband focht diese Maßnahme des Magistrats zunächst sofort im Verwaltungsstreitverfahren an. Dieses Verfahren schwebt noch. Vor allem aber beantragte er außerdem mit einer Zivilklage, die von dem Magistrate für die Kassen geschlossenen Verträge aus den verschiedensten Gründen für ungültig zu erklären. Es wurde geltend gemacht, die Voraussetzungen, unter denen der Magistrat als Aufsichtsbehörde befugt gewesen sei, die Funktionen der Kassenorgane selbst zu übernehmen, hätten gar nicht vorgelegen, so daß der Magistrat auch nicht berechtigt gewesen sei, mit den Aerzten die Kassen bindende Verträge abzuschließen. Vor allem aber behauptete der Krankenkassenverband, die mit den Aerzten geschlossenen Verträge verstießen deshalb wider die guten Sitten, weil sie den Aerzten auf Kosten der Kassen eine ganz bevorzugte Stellung einräumten, die mit den ärztlichen Gegenleistungen in keinem Verhältnisse stände und die Kassen volle zehn Jahre schwer belasteten; die Verträge seien, weil sie die Notlage der Kassen ausbeuteten, auch wucherisch. Bezeichnend sei z. B. die in § 15 dieser Verträge enthaltene Bestimmung, daß die Kassen gegen vertragsbrüchige Aerzte keine Ansprüche auf Schadenersatz oder Konventionalstrafen geltend zu machen befugt sein sollen. Landgericht Halle und Oberlandesgericht Naumburg wiesen die Klage ab. Das Berufungsgericht verneinte zunächst mit dem Landgericht die Frage, ob das Prozeßgericht befugt sei, nachzuprüfen, ob der beklagte Verband rechtsfähig sei und ob die Voraussetzungen des § 45 Abs. 5 des Krankenkassengesetzes vorgelegen hätten, unter denen der Magistrat berechtigt gewesen sei, die Kassenverwaltung selbst zu übernehmen. Beide Fragen brauchten vom Prozeßgerichte überhaupt nicht erörtert zu werden. Der beklagte Verband sei nun einmal eingetragen und diese Tatsache wirke konstitutiv. Solange die vom Magistrat angeordnete Zwangsverwaltung nicht in der gesetzlichen Form angefochten und aufgehoben sei, bleibe sie bestehen, und die Tätigkeit der Kassen selbst sei bis dahin ausgeschaltet. Selbst wenn aber diese Zwangsverwaltung einmal aufgehoben werde, würden die während der Zwischenzeit geschlossenen Verträge deshalb noch keineswegs ungültig. Denn es handle sich hierbei um öffentlich-rechtliche Verhältnisse. Weiterhin verneinte das Berufungsgericht, daß die Verträge wucherisch seien, von einem auffälligen Mißverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung könne nicht gesprochen werden, ebensowenig aber auch von einem Verstoße gegen die guten Sitten. Abgesehen von einer nur unwesentlichen Abweichung wurde dieses Urteil auch vom Reichsgerichte bestätigt, dessen 3. Zivilsenat ausführte: Wie schon die Vorinstanzen mit Recht ausgeführt hätten, sei die Frage der Rechtsfähigkeit des beklagten Aerzteverbandes nicht nachzuprüfen. Der Verein sei eingetragen und die Eintragung wirke konstitutiv. Ebenso sei das ordentliche Gericht der Frage überhoben gewesen, ob der Magistrat als Aufsichtsbehörde mit Recht die Funktionen der Kassenorgane selbst übernommen gehabt habe. Das zu entscheiden, sei allein Sache der höheren Verwaltungsbehörde. Die hiergegen von der Revision vorgebrachten Gründe seien daher unbeachtlich, ebensowenig brauche nicht nachgeprüft zu werden, ob der Magistrat seine Kompetenz dabei überschritten hätte. Zu entscheiden sei deshalb allein, ob die Verträge, die der klagende Verband beanstande, auch dann angefochten werden könnten, wenn er sie selbst abgeschlossen habe, etwa nach § 134 oder § 138 Abs. 1 BGB. oder aus sonstigen Gründen. Dies treffe aber lediglich bezüglich der Bestimmung in § 11 Abs. 2 des 2. Vertrages zu. Dort habe sich der Kassenverband verpflichten müssen, sein Statut zu ändern. Das sei ihm aber rechtlich völlig unmöglich, denn es handle sich dabei um öffentlich-rechtliche Bestimmungen. Diese Bestimmung sei daher, weil ihre Durchführung rechtlich unmöglich sei, ungültig. Das sei aber die einzige Bestimmung in den Verträgen, die beanstandet werden könne. Angefochten sei dann vor allem noch die Bestimmung, die Krankenkassen seien verpflichtet, gegen Aerzte, die von ihrem Anstellungsvertrage zurücktreten wollten, keine Ansprüche auf Konventionalstrafen geltend zu machen. Der klagende Verband behaupte, daß die Aerzte dadurch zum Vertragsbruche verleitet würden. In diesem Sinne sei aber diese Bestimmung gar nicht zu verstehen. Sie wolle nach Ansicht des Senats nur besagen, den festangestellten Aerzten solle es freistehen, sich von ihren Verbindlichkeiten freizumachen. Eine solche Vertragsbestimmung hätte aber auch von den Kassen selbst mit den Aerzten getroffen werden können, ohne ungesetzlich zu sein. (Krankenkassen-Zeitung.)

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber der Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

§ 26a Ziff. 5 KVG. begründet kein einseitiges Beitrittsrecht, sondern stellt die Aufnahme in das Ermessen des Kassenvorstandes.

1. Nach Neustrelitz i. M. Frage: Haben Beamte des Staates oder der Gemeinde (Gerichtsschreiber, Schutzleute usw.), welchen in Krankheitsfällen Fortzahlung des Gehalts gewährleistet ist (§ 3 KVG.), das Recht, unserer Ortskrankenkasse, welche alle krankenversicherungspflichtigen Personen umfaßt, als freiwillige Mitglieder beizutreten? (Gehalt unter 2000 M.) Unser Kassenstatut umfaßt diese Personenkreise nicht. Das Recht zum Beitritt wird mit den §§ 3, 19 und 26a Ziff. 5 KVG. begründet.

Antwort: §§ 3, 19 KVG. treffen nicht zu, da sie sich auf Personen beziehen, die in einem versicherungspflichtigen und zur Kasse gehörigen Berufszweige beschäftigt und nur aus besonderen Gründen nicht versicherungspflichtig sind. Dagegen trifft § 26a Ziff. 5 KVG. zu, welchem § 5, letzter Abs. Ziff. 2 Ihres Statuts entspricht. Indessen bezieht sich diese Satzungsvorschrift

Digitized by Google

doch wohl nicht auf alle Personen unter 50 Jahren, sondern nur auf die in Ziff. 1 bezeichneten „selbständigen Gewerbetreibenden"; und überdies gibt sie keinesfalls schlechthin ein Beitrittsrecht, sondern stellt die Aufnahme in das freie Ermessen des Vorstandes.

Zuziehung von Beisitzern. Zur Begutachtung durch das Versicherungsamt nach §§ 1623, 1632.

2. Nach Thorn. Antwort: Der Beschlußausschuß und der Spruchausschuß entscheiden nur, wo das Gesetz dies ausdrücklich bestimmt; sonst steht die Entscheidung dem Vorsitzenden des Versicherungsamts allein zu (vgl. Hahn Handb. d. Krankenvers. S. 63 Anm. zu § 40 RVO). Im Falle des § 1632 handelt es sich aber, ebenso wie in dem dort angezogenen Falle des § 1623, überhaupt nicht um Entscheidung durch das Versicherungsamt, sondern um Vorbereitung und Begutachtung. Der Vorsitzende beruft daher die zuzuziehenden Vertreter in einer von ihm zu bestimmenden Reihenfolge aus der Zahl aller Vertreter, ohne Rücksicht auf ihre Zugehörigkeit zum Spruch- oder zum Beschlußausschuß (§ 1620 mit § 1603).

Erlöschen der freiwilligen Mitgliedschaft durch zweimaligen Beitragsverzug; die Kasse darf von dieser Rechtswirkung nicht absehen.

3. Nach G. Antwort: Die Aufsichtsbehörde mutet der Krankenkasse eine Nachsicht zu, die mit Gesetz und Statut nicht zu vereinbaren ist. Die Hebammen sind nach § 5 des Statuts beitrittsberechtigt. Daß sie durch eine Hebammenordnung für den Kreis angewiesen sind, von diesem Rechte Gebrauch zu machen, geht die Kasse nichts an. Soweit sie dieser Anweisung Folge geleistet haben, sind sie selbstverständlich doch nur freiwillige Mitglieder, nicht Pflichtmitglieder der Kasse. Nach der ihnen mitgeteilten Satzung (§ 35 mit § 32) sind die Beiträge jeden Monat für die „beginnende" Woche, also im voraus zu zahlen. Demgemäß durfte die Abmachung vierteljährlicher Beitragszahlung gar nicht anders verstanden werden, als daß die Beiträge für diesen längeren Zeitraum im voraus gezahlt werden dürfen. Eine Vereinbarung nachträglicher Zahlung wäre unzulässig und ungültig gewesen, und die Aufsichtsbehörde hätte gegen solche ungesetzliche und satzungswidrige Praxis einschreiten müssen (§ 45 Abs. 1 KVG.). Die Kasse hat aber die richtige Auffassung deutlich genug in den Karten, die sie den freiwillig Beigetretenen zustellte, zum Ausdruck gebracht und auf die gesetzlichen Folgen der Nichtbeachtung hingewiesen. Wenn gleichwohl die Beiträge für ein Vierteljahr erst nachträglich gezahlt oder angeboten sind, so sind die vorangegangenen wöchentlichen Zahlungstermine versäumt und es ist die Mitgliedschaft mit der zweiten Versäumung erloschen. Von dieser kraft Gesetzes (§ 19 Abs. 6 KVG.) eingetretenen Rechtsfolge darf die Kasse nicht absehen, und sie darf daher für einen nach dem Erlöschen der Mitgliedschaft eingetretenen Unterstützungsfall keine Leistungen gewähren (§ 29 Abs. 2 KVG.).

Beschwerde wegen Ablehnung des Antrages auf Zulassung und Ausgestaltung einer Ortskrankenkasse.

4. Nach Gr. Antwort: Ob die Ablehnung der Zulassung begründet ist, können wir nicht ermessen, weil der Bescheid des Oberversicherungsamtes insoweit überhaupt keine eigentlichen Gründe, sondern nur den der Begründung bedürftigen Satz enthält, daß der Fortbestand der Kasse den Bestand und die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse gefährdet. Aber gerade deshalb empfehlen wir Einlegung der Beschwerde. Es geht nicht an, daß das Oberversicherungsamt in einer so wichtigen Angelegenheit sich die Sache gar so bequem macht und nicht einmal andeutet, worin ein gesetzlicher Gefährdungsgrund gefunden wird. Anders steht es mit der Frage der Ausgestaltung. Hier hat das Oberversicherungsamt nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. völlig freies Ermessen und kann daher die Ausgestaltung schon deshalb ablehnen, weil die Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse für den ganzen Bezirk zwar noch nicht beschlossen, aber geplant ist und weil es mit der Durchführung dieses Planes unvereinbar wäre, Ihre nur für einen Teil des Bezirks bestehende Kasse auszugestalten.

Anspruch auf Krankengeld neben Unfall-, Invaliden- oder Krankenrente.

5. Nach Meiningen. Antwort: a) Auch ein Mitglied, das Unfallrente bezieht, hat im Fall einer neuen Erkrankung an den Unfallfolgen Anspruch auf die Leistungen der Kasse; diese kann hierfür von der Berufsgenossenschaft Ersatz in den in § 1501 ff. RVO. bezeichneten Grenzen verlangen. Eine neue Wartezeit für die Leistungspflicht der Berufsgenossenschaft gilt hierbei nicht, da die 13 Wochen vom Unfall an gerechnet werden (§ 558).

b) Auch ein Invalidenrentner kann mit dem Rest seiner Arbeitskraft (vgl. § 1255 Abs. 2) eine versicherungspflichtige Tätigkeit ausüben und hat dann, wenn er durch Krankheit hierzu unfähig wird, Anspruch auf Krankengeld neben der Rente. Entsprechendes gilt für freiwillig Versicherte; das Preuß. Oberverwaltungsgericht nimmt an, es genüge in solchen Fällen, daß der Versicherte so erkrankt ist, daß er erwerbsunfähig geworden wäre, wenn er es nicht schon vorher gewesen wäre (Arb.-Versorgg. 1902 S. 456; ebenso Bad. Verwaltungsgerichtshof in Arb.-Versorgg. 1910 S. 372; dagegen Sächs. Oberverwaltungsgericht in Arb.-Versorgg. 1912 S. 393). Beim Bezuge von Krankenrente (§ 1255 Abs. 2) gilt nichts anderes.

Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft gegen die Krankenkasse bei Uebernahme des Heilverfahrens nach § 1513 RVO.

6. Nach Gräfrath. Antwort: Der Erlaß vom 19. November 1912 ist in Nr. 1 S. 14 mitgeteilt. Aus ihm ergibt sich, daß § 1513 RVO. schon jetzt gilt. Ueber § 76 c KVG. hinaus, der der Berufsgenossenschaft nur Ersatz in Höhe des Krankengeldes zubilligte, gibt § 1513 Abs. 2 ihm Anspruch auf vollen Ersatz dessen, was die Krankenkasse selbst gewähren müßte, also — da bekanntlich ein Anspruch des Versicherten auf Krankenhauspflege regelmäßig nicht besteht — Anspruch auf das volle Krankengeld (im Falle der Erwerbsunfähigkeit) und auf Ersatz für die Krankenpflege. Für letztere sind drei Achtel des Grundlohns zu zahlen. Da das Krankengeld mindestens vier Achtel des Grundlohns beträgt, so ist es ganz richtig, daß in diesem Regelfalle im ganzen sieben Achtel des Grundlohns als Ersatz gewährt werden müssen.

Die Bekanntmachung des Reichskanzlers über Verlängerung der Vertretermandate kommt nicht in Betracht, wo die Generalversammlung bisher nicht aus Vertretern bestand.

7. Nach Steinau a. O. Antwort: Die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 8. November 1912 (Arb.-Versorgg. 29 S. 840) bezieht sich nur auf Vertreter bei den Kassenorganen. Da Ihre Generalversammlung bisher nicht aus Vertretern bestand, so kommt die Bekanntmachung für sie insoweit gar nicht in Betracht, und es sind nunmehr nach der inzwischen in Kraft getretenen Statutenänderung Vertreterwahlen zu vollziehen.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher**
und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **11. März 1913.**

Redaktion:	**Nr. 8.**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Streit- und Zweifelsfragen auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Von Landesversicherungsassessor **Seelmann** in Oldenburg i. Gr.

1. § 1303 RVO. Vererbung des Anspruchs.

a) Stirbt ein Versicherter während des Feststellungsverfahrens, so sind zur Fortsetzung des Verfahrens und zum Bezuge der bis zum Todestage fälligen Beträge nacheinander berechtigt der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister, wenn sie mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Es fragt sich, ob die gesetzliche Erbfolge eintritt, wenn Personen, die nach § 1303 erbberechtigt sind, nicht vorhanden sind. Der Heymannsche Kommentar (Bd. IV S. 210) nimmt dies ohne weitere Begründung an, der Geibelsche Kommentar vertritt dagegen die Auffassung, daß die Erbfolge nach dem bürgerlichen Rechte überhaupt ausgeschlossen ist (Bd. IV S. 122). Die letztere Auffassung dürfte zutreffend sein. Wenn im § 1303 die Erbfolge abweichend vom bürgerlichen Rechte geregelt wird, wird ohne weiteres angenommen werden können, daß damit die Erbfolge nach bürgerlichem Rechte überhaupt hat beseitigt werden sollen, denn sonst würde der Gesetzgeber für den Fall, daß Erben nach § 1303 nicht vorhanden sind, auf die bürgerliche Erbfolge verwiesen haben. Daß dies in der Tat die Absicht des Gesetzgebers gewesen ist, ergibt sich aus der Begründung der Reichsversicherungsordnung. Es heißt daselbst: „Für den Fall, das beim Tode des Rentenempfängers die Rente noch nicht abgehoben war, regelt der Entwurf die Bezugsberechtigung in Abweichung von der Erbfolge des bürgerlichen Rechtes. Denn es empfiehlt sich nicht, in diesem Falle den Nachweis der Erbeseigenschaft zu verlangen, weil die Kosten dafür oft im Verhältnis zu der geringen Rente zu groß sein dürfte." Die letzten Zweifel aber werden durch folgende Umstände beseitigt. Die gleiche Bestimmung gilt nämlich auch für das Gebiet der Unfallversicherung (§ 614 RVO.). In der Begründung hierzu (S. 306) heißt es: „Die neue Vorschrift des § 631 (jetzt § 614) ist mit § 1290 (jetzt § 1302) in Uebereinstimmung gebracht. Ist kein nach § 631 Bezugsberechtigter vorhanden, so fällt der Anspruch auf Nachzahlung fort."

b) Die Erbfolge nach § 1303 tritt nur ein, wenn der Berechtigte noch zu seinen Lebzeiten seinen Anspruch „erhoben hatte". Es fragt sich, wann der Anspruch erhoben ist. Unter der Herrschaft des Inv. u. Alt.-Versicherungsgesetzes hat das Reichsversicherungsamt (Amtl. Nachr. 1897 S. 274 Ziff. 555) sich dahin ausgesprochen, der Uebergang des Rentenanspruches auf Erben setze nicht voraus, daß der Rentenantrag bei der zur Entgegennahme der Rentenanträge bestimmten Behörde eingegangen sei; es käme vielmehr nur darauf an, ob der Rentenberechtigte selbst noch vor seinem Ableben zuverlässig den Willen kundgegeben habe, die Rente für sich in Anspruch nehmen zu

Digitized by Google

wollen; diesem Erfordernis sei durch die Anmeldung bei einem Amtsvorsteher genügt. Eine einengende Vorschrift brachte dann das Invalidenversicherungsgesetz, indem es im § 41 Abs. 4 den Uebergang des Rentenanspruches davon abhängig machte, daß der Anspruch des Versicherten noch zu seinen Lebzeiten bei der zuständigen Behörde eingegangen sei. Mit Rücksicht auf diese veränderte Gesetzesfassung hat dann das Reichsversicherungsamt die den Erben des Versicherten günstige Auslegung der vorerwähnten Entscheidung verlassen, indem es (Amtl. Nachr. 1905 S. 495 Ziff. 1225) ausführte, daß sie sich gegenüber dem Wortlaut des § 41 Abs. 4 IVG. nicht aufrecht erhalten lasse.

Sowohl der Heymannsche (Bd. IV S. 210) als auch der Geibelsche Kommentar (Bd. IV S. 123) nehmen an, daß auch nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung der in Amtl. Nachr. 1905 S. 495 Ziff. 1225 festgestellte Grundsatz weiter gilt, daß also der Antrag beim Versicherungsamt (§ 1613) oder der nach § 1616 sonst zuständigen Stelle eingegangen sein muß.

Abweichend hat das Oberversicherungsamt Schwerin am 10. Juni 1912 (Archiv für Reichsversicherung 1912 S. 211 Ziff. 420) entschieden, und zwar mit Rücksicht darauf, daß die Reichsversicherungsordnung die einengende Vorschrift des § 41 Abs. 4 IVG. wieder gestrichen hat. Es heißt in der Entscheidung: „Erwägt man nun einerseits, daß der Ausbau der sozialpolitischen Gesetze durch die Reichsversicherungsordnung zweifellos auch den Zweck verfolgt hat, das Recht in einer den Versicherten tunlichst günstigen Weise fortzubilden und die Geltendmachung der Ansprüche zu erleichtern, und nimmt man andererseits hinzu, daß es jedenfalls dem Geiste der Gesetzgebung entspricht, daß die Rentenbeträge, die der Versicherte, wenn sie rechtzeitig festgestellt wären, noch bis zu seinem Tode bezogen haben würde, nach seinem Tode ebendenselben Personen, welche in der Regel mit den Erben identisch sein werden, gleichfalls zuteil werden, so wird man in der Annahme nicht fehlgehen, daß mangels einer das Gegenteil ausdrücklich bekundenden Willensäußerung die Beseitigung der einengenden, sich den Erben mit Recht als unbillige Härte darstellenden Bestimmung im § 41 Abs. 4 IVG. wohlwollend dahin auszulegen ist, daß der Gesetzgeber sich die den Rechtsnachfolgern günstige Rechtssprechung, wie sie in der Revisionsentscheidung 555 zum Ausdruck gekommen ist, hat aneignen und billigen wollen. Jedenfalls steht der Wortlaut des § 1303 dieser Auslegung jetzt ebensowenig entgegen, wie es bei der Revisionsentscheidung 555 der Fall war."

Die in dieser Entscheidung des Oberversicherungsamts Schwerin vertretene Auffassung kann als zutreffend nicht anerkannt werden. Aus dem allgemeinen Wohlwollen des Gesetzgebers auf seine Absicht zu schließen, eine bestimmte Gesetzesvorschrift zu ändern, geht nicht an. Gerade im vorliegenden Falle versagt diese Möglichkeit auch deshalb, weil der Gesetzgeber im übrigen die Rechte der Erben eingeengt hat, indem er, wie oben unter a dargelegt ist, das Erbrecht sehr erheblich beschränkte. Kann bei dieser Sachlage angenommen werden, daß er die Rechte der Erben im übrigen hat erweitern wollen? Es kommt aber noch folgendes hinzu.

Die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts und die bisherige Fassung ist dem Gesetzgeber bekannt gewesen. Hätte der Gesetzgeber mit dem neuen Wortlaut des Gesetzes etwas anderes beabsichtigt, so würde er dieses wohl in der Begründung zum Ausdruck gebracht haben. Er hat das nicht getan. Daß er diese Absicht in Wirklichkeit auch nicht gehabt hat, läßt sich ferner einwandfrei beweisen. In dem Entwurf der Reichsversicherungsordnung von 1909 heißt es nämlich, wie im Invalidenversicherungsgesetz „dessen Rentenantrag noch zu seinen Lebzeiten beim Versicherungsamt eingegangen war". Der Entwurf hatte also die bisherige Fassung übernommen. Die jetzige Fassung findet sich erst im Entwurf von 1910, dessen Wortlaut bekanntlich ein anderer ist, weil der Entwurf von 1909 in sprachlicher Beziehung von einem Sprachsachverständigen übergearbeitet ist. Daraus ergibt sich, daß die veränderte Fassung des Entwurfs von 1910 nur sprachliche, nicht sachliche Bedeutung hat. Ferner wird im § 1537 RVO. bestimmt, daß ein Armenverband Ersatz auch dann beanspruchen kann, wenn der Versicherte gestorben ist, „ohne die Rente beantragt zu haben". Als Antrag kann nur der Antrag im Sinne des § 1613

Digitized by Google

gemeint sein. Der Gesetzgeber ist also bei § 1537 RVO. davon ausgegangen, daß der Anspruch für die Erben sich nur vererbt, wenn vom Versicherten noch zu Lebzeiten ein Antrag im Sinne des § 1613 gestellt ist und er hat deshalb dem Armenverband durch § 1537 RVO. weitergehende Rechte eingeräumt.

Hiernach muß angenommen werden, daß auch nach der Reichsversicherungsordnung die Vererbung des Anspruches nach § 1303 RVO. nur dann eintritt, wenn der Versicherte den Anspruch noch zu seinen Lebzeiten beim Versicherungsamt oder der nach § 1616 sonst zuständigen Stelle angemeldet hat.

2. Nach § 1459 Abs. 2 RVO. gibt das Oberversicherungsamt die Beitragsstreitigkeiten an das Reichsversicherungsamt ab, wenn es sich „um eine noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt". § 155 IVG. enthielt die gleiche Vorschrift, doch war hier die Fassung eine andere. Es hieß dort nämlich, daß „Streitigkeiten über Fragen von grundsätzlicher Bedeutung dem Reichsversicherungsamt zur Entscheidung zu überweisen sind". Es fragt sich, ob die neue Fassung, die auch schon im Entwurf von 1909 stand, etwas anderes bedeutet, als die Fassung des Invalidenversicherungsgesetz. Rein sprachlich betrachtet wäre es wohl möglich, mit der neuen Fassung einen anderen Sinn zu verbinden. Zu den „Fragen von grundsätzlicher Bedeutung" gehörten zwar auch nach dem Invalidenversicherungsgesetz nur Rechtsfragen (Amtl. Nachr. 1909 S. 447 Ziff. 1383). Die Reichsversicherungsordnung spricht aber nur von einer noch nicht feststehenden Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung. Nach der Fassung der Reichsversicherungsordnung handelt es sich also um Rechtsfragen ganz besonderer Art. Man könnte z. B. sagen, daß der Begriff „Betriebsbeamter" bereits grundsätzlich durch die Rechtsprechung festgestellt ist. Bei der Entscheidung der Frage, ob im einzelnen Falle eine Person Betriebsbeamter ist oder nicht handele es sich also nicht mehr um eine noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung.

Trotzdem muß angenommen werden, daß mit der Fassung der Reichsversicherungsordnung nichts anderes gemeint ist, als was nach dem Invalidenversicherungsgesetz galt. Die Begründung der Reichsversicherungsordnung führt die Aenderung, die die neue Fassung bringt, erwähnt aber nicht, daß in unserem Punkt mit der neuen Fassung etwas anderes beabsichtigt sei. Sie sagt sogar, (S. 432): „Das Recht, in grundsätzlichen Fragen die Entscheidung des Reichsversicherungsamts herbeizuführen, ist ausgedehnt auf alle im Streitverfahren Beteiligte." Hier gebraucht also die Begründung denselben Ausdruck, der im Invalidenversicherungsgesetz stand, woraus sich ergibt, daß der Verfasser des Entwurfs und der Begründung beide Fassungen als gleichbedeutend ansah. Auch innere Gründe sprechen dafür, daß die bisherige Praxis aufrecht zu erhalten ist. Durch die Vorschrift des § 1459 über die Ueberweisung der Sachen an das Reichsversicherungsamt soll die Rechtseinheit gesichert werden. Würde man die neue Fassung eng auslegen, so würden nur noch wenige Sachen an das Reichsversicherungsamt gebracht werden können. Und es würde dann der unerwünschte Zustand eintreten können, daß ganze Klassen von Versicherten in dem einen Bezirk für versicherungspflichtig erachtet werden, in dem andern nicht. Hätte der Gesetzgeber den § 1459 in dieser grundlegenden Weise ändern wollen, so hätte er dies wohl in der Begründung zum Ausdruck gebracht.

Der Heymansche Kommentar nimmt zu dieser Frage nicht ausdrücklich Stellung. Er zählt aber die Abweichungen auf, die die neue Fassung des § 1459 bringt, und erwähnt diese Frage nicht. Es muß daraus geschlossen werden, daß auch er in der hier erörterten neuen Fassung keine Aenderung des bisherigen Rechtes erblickt. Der Geibelsche Kommentar erörtert die Zweifelsfrage im Sinne der obigen Ausführungen.

Uebrigens steht die Entscheidung darüber, ob die Ueberweisung an das Reichsversicherungsamt erfolgen kann, nicht dem Oberversicherungsamt zu. Letzteres hat die Sache in jedem Falle an das Reichsversicherungsamt abzugeben, wenn ein solcher Antrag gestellt ist. Das Reichsversicherungsamt entscheidet dann darüber, ob die Voraussetzungen für die Ueberweisung vorhanden sind. Im Falle der Verneinung gibt es die Sache an das Oberversicherungsamt zurück. Zu vgl.

Digitized by Google

dem Geibelschen Kommentar Bd. IV § 1459 Anm. 17 S. 345 und den Heymannschen Kommentar Bd. IV § 1459 Anm. 12 S. 521.

3. § 1467 RVO. **Beschwerdeinstanz für Beschwerden über Straffestsetzungen, die auf Grund der Ueberwachungsvorschriften erfolgt sind.**

Nach § 1467 RVO. können die Versicherungsanstalten Ueberwachungsvorschriften erlassen, und Arbeitgeber und Versicherte zur pünktlichen Befolgung solcher Vorschriften durch Geldstrafen anhalten. Welche Behörde für die Entscheidung über Beschwerden, die wegen solcher Strafverfügungen erhoben werden, zuständig ist, ist Streitfrage. Der Heymannsche Kommentar (Bd. IV § 1467 Anm. 6 S. 535) nimmt an, daß nur die allgemeine Aufsichtsbeschwerde an das Reichs- oder Landesversicherungsamt zulässig sei. Diese Straffestsetzungen fielen nicht unter § 1500, der nur die Strafverfügungen nach §§ 1487 ff. beträfe. Die gleiche Auffassung hat auch das Oberversicherungsamt Oldenburg vertreten. Weshalb § 1500 nicht für diese Strafverfügungen gelten soll, ist nicht erkennbar. § 1500 bestimmt ganz allgemein, daß auf Beschwerden gegen Strafverfügungen der Anstaltsvorstände das Oberversicherungsamt endgültig entscheidet. Es muß ohne weiteres angenommen werden, daß zu diesen Beschwerden auch die Beschwerden nach § 1467 rechnen. Bei dieser Beschwerde nach § 1467 handelt es sich auch nicht um eine Aufsichtsbeschwerde, sondern um eine Rechtsbeschwerde, denn in den Ueberwachungsvorschriften ist eine Beschwerdefrist festgesetzt, während die reine Aufsichtsbeschwerde an eine Frist gebunden ist. So auch der Geibelsche Kommentar Bd. IV § 1500 Anm. 3 S. 380. Der letzteren Auffassung hat sich das Reichsversicherungsamt in einem Bescheide vom 29. Juni 1912 (Archiv für Reichsversicherung 1912 S. 184 Ziff. 373) angeschlossen. Eine grundsätzliche Entscheidung steht noch aus.

4. § 1480 RVO. **Die rechtliche Natur der Strafbeiträge.**

Nach § 1488 RVO. kann der Vorstand der Versicherungsanstalt unabhängig von der Strafe und der Nachholung der Rückstände dem Bestraften die Zahlung des ein bis zweifachen dieser Rückstände auferlegen. Es fragt sich, ob diese sog. Strafbeiträge als „Strafen" anzusehen sind. Der Heymannsche Kommentar äußert sich hierzu nicht. Der Geibelsche Kommentar (Bd. IV § 1488 Anm. 12 S. 368) nimmt unter näherer Darlegung der Gründe an, daß die Strafbeiträge nicht als Strafen im eigentlichen Sinne gelten. Das Reichsversicherungsamt hat in einer Verfügung vom 4. April 1912 (Archiv für Reichsversicherung 12 S. 78 Ziff. 197) einen entgegengesetzten Standpunkt vertreten; es hat aus der Ueberschrift „Strafvorschriften" gefolgert, daß es sich um eine besonders geartete Nebenstrafe handele.

Die Auffassung des Reichsversicherungsamts kann als zutreffend nicht anerkannt werden. Aus der Ueberschrift der betreffenden Kapitel der Reichsversicherungsordnung allein zu folgern, daß die Strafbeiträge den Charakter der eigentlichen Strafen haben, geht nicht an, insbesondere dann nicht, wenn andere Umstände für die gegenteilige Auffassung sprechen. Nach der Begründung der Reichsversicherungsordnung sollen die Strafbeiträge zur Schadloshaltung der Versicherungsanstalt dienen, insbesondere für entgangene Zinsen und Beiträge wenn letztere wegen Verjährung nicht mehr eingezogen werden können. Es handelt sich also um eine Obligatio ex lege mit einem dem Schadensersatzanspruch ähnlichen Charakter. Es kommt aber noch eins hinzu. Nach § 1488 RVO. werden die Strafbeiträge wie Gemeindeabgaben beigetrieben. Diese Bestimmung wäre überflüssig gewesen, wenn der Gesetzgeber die Strafbeiträge als Strafen angesehen hätte, denn daß die Strafen wie Gemeindeabgaben beigetrieben werden, wird schon allgemein im § 146 Abs. 2 RVO. bestimmt. Der Gesetzgeber muß also angenommen haben, daß die Strafbeiträge nicht als Strafen anzusehen sind, denn es darf dem Gesetzgeber nicht unterstellt werden, daß er bei § 1488 nicht wußte, was er bei § 146 schon geregelt hatte.

Die Frage, ob die Strafbeiträge als Strafen anzusehen sind, hat zunächst Bedeutung für das Beschwerderecht. Gelten die Strafbeiträge nicht als Strafen, so findet das Beschwerdeverfahren nach § 1500 RVO. nicht statt, denn § 1500 spricht nur von Beschwerden gegen Strafverfügungen (so auch der Geibelsche Kommentar). Es ist dann ein besonderes

Digitized by Google

Rechtsmittel gegen die Festsetzung der Strafen nicht gegeben, so daß die form- und fristlose Aufsichtsbeschwerde an das Reichs- oder Landesversicherungsamt stattfindet. Das Reichsversicherungsamt hat in Konsequenz seiner in der obengenannten Verfügung eingenommenen Stellung in der genannten Verfügung angenommen, daß das Beschwerdeverfahren nach § 1500 stattfindet. Eine instanzielle Entscheidung liegt bisher nicht vor.

Werden in Abweichung von der hier vertretenen Auffassung die Strafbeiträge als Strafen anerkannt, so hat das folgende Konsequenz. Nach § 147 RVO. verjähren Zuwiderhandlungen gegen die Strafvorschriften der Reichsversicherungsordnung, für welche die Gerichte nicht zuständig sind, falls sie nicht mit mehr als 300 M. bedroht sind in drei Monaten, im übrigen in einem Jahre. Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung sind nun Verstöße gegen die Beitragsleistung nach § 1488 RVO. mit Geldstrafen bis zu 300 M. bedroht. Die Verjährungsfrist würde hiernach drei Monate betragen. Sieht man dagegen auch die Strafbeiträge als Strafen an, so sind die Zuwiderhandlungen mit mehr als 300 M. bedroht. Die Folge davon ist, daß die Verjährungsfrist sich in jedem Falle von drei Monaten auf ein Jahr verlängert. Abweichend von dieser Auffassung hat das Oberversicherungsamt Oldenburg angenommen, daß die Strafbeiträge bei der Feststellung der Verjährungsfrist nicht mitgezählt werden, weil auch nach dem Strafgesetzbuch Nebenstrafen hierbei außer Betracht bleiben. Dieser Grund ist nicht durchschlagend, denn nach dem Strafgesetzbuch bildet die Höhe der Geldstrafen nicht die Grenze der Verjährungsfristen.

5. § 1799 RVO. **Ueberweisung von Beschwerdesachen an das Reichsversicherungsamt.**

Nach § 1799 RVO. hat das Versicherungsamt, wenn es in einem Falle, in dem es endgültig zu entscheiden hätte, von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Reichs- (Landes-)Versicherungsamts abweichen will, oder wenn es sich in einem solchen Falle um eine noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt, die Sache unter Begründung seiner eigenen Rechtsauffassung an das Reichs- (Landes-) Versicherungsamt abzugeben. Diese Bestimmung des § 1799 RVO. steht in einem Abschnitt, der die Ueberschrift trägt „Weitere Beschwerde". Es fragt sich daher, ob die Bestimmung des § 1799 nur dann gilt, wenn das Oberversicherungsamt auf weitere Beschwerde entscheidet, oder auch sonst. Das letztere ist anzunehmen.

Die Reichsversicherungsordnung trifft ähnliche Bestimmungen auch an anderen Stellen (zu vgl. §§ 1459, 1693). Sie hat also an den erforderlichen Stellen Vorkehrungen getroffen, durch die die Rechtseinheit gewahrt wird. Es ist nun nicht einzusehen, weshalb der Gesetzgeber derartige Bestimmungen zur Wahrung der Rechtseinheit dann für erforderlich halten sollte, wenn das Oberversicherungsamt auf weitere Beschwerde endgültig entscheidet, nicht aber auch in anderen Beschwerdesachen. Ausschlaggebend aber ist folgendes. § 1798 RVO. bestimmt, daß die auf weitere Beschwerde erlassenen Entscheidungen des Oberversicherungsamts endgültig sind. Trotzdem beginnt § 1799 RVO. mit dem Satze: „Will das Oberversicherungsamt in einem Falle, in dem es endgültig zu entscheiden hätte ..." Dieser Satz wäre nicht erforderlich gewesen, wenn § 1799 RVO. nur für die Fälle hätte gelten sollen, in denen das Oberversicherungsamt auf weitere Beschwerde entschieden hat, denn daß die auf weitere Beschwerden erlassenen Entscheidungen des Oberversicherungsamts endgültig sind, wird schon im § 1798 RVO. bestimmt. Es ist also mit Sicherheit anzunehmen, daß § 1799 RVO. auch dann gilt, wenn das Oberversicherungsamt nicht auf weitere Beschwerde sondern sonst in Beschwerdesachen endgültig entscheidet. So auch der Heymannsche Kommentar Bd. V § 1799 Anm. 2 S. 393 und Verfügung des Reichsversicherungsamts vom 4. April 1912 Archiv für Reichsversicherung 12 S. 78 Ziff. 197. § 1799 gilt hiernach auch dann, wenn das Oberversicherungsamt nach § 1500 auf Beschwerden gegen Strafverfügungen der Anstaltsvorstände entscheidet. Hiernach können und müssen die oben unter 3 und 4 erörterten Streitfragen auf dem Wege des § 1799 an das Reichsversicherungsamt zur Entscheidung gebracht werden [1]).

[1]) Anm. während der Korrektur. Im gleichen Sinne hat inzwischen das Reichsversicherungsamt entschieden (Amtl. Nachr. 12 S. 1200 Ziff. 1667).

Digitized by Google

Hiernach kann und muß das Oberversicherungsamt Beitragsstreitigkeiten (§ 1459 RVO.) in den im § 1693 RVO. bezeichneten Fällen auch dann an das Reichsversicherungsamt abgeben, wenn die Beteiligten es nicht beantragt haben.

6. § 1273 RVO. **Zuständigkeit für die Entscheidung von Streitigkeiten.**

Nach § 1273 RVO. entscheidet über Streitigkeiten, die aus Anlaß des Heilverfahrens entstehen, auf Beschwerde des Oberversicherungsamts endgültig. Es fragt sich, wer in erster Instanz entscheidet. Bei den Streitigkeiten aus § 1273 RVO. handelt es sich hauptsächlich um die Frage, ob Hausgeld zu gewähren ist. Nach § 1551 Abs. 2 RVO. gelten nun die Leistungen der Invalidenversicherung, die auf Grund des § 1578 RVO. gewährt werden, als Leistungen der Krankenversicherung. Nach § 1636 RVO. entscheidet bei Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung in erster Instanz das Versicherungsamt. Man könnte daher annehmen, daß auch die Streitigkeiten nach § 1273 in erster Instanz vom Versicherungsamt und auf Beschwerde vom Oberversicherungsamt entschieden werden. Der Geibelsche Kommentar nimmt indessen an, daß in diesen Fällen das Oberversicherungsamt in erster und letzter Instanz entscheidet (Bd. IV S. 1273 Anm. 1 S. 78), ebenso auch Weymann § 1273 Anm. 3 S. 323; die Auffassung des Heymannschen Kommentars ist nicht ganz klar. Es muß in der Tat angenommen werden, daß das Oberversicherungsamt in erster und letzter Instanz entscheidet. Sicher ist, daß der Entwurf der Reichsversicherungsordnung dies beabsichtigte. Denn die Worte „auf Beschwerde" sind erst von der Reichstagskommission hinzugefügt worden, der Entwurf bestimmte also, daß über Streitigkeiten das Oberversicherungsamt endgültig entscheidet. Ueber die Gründe, aus denen die Reichstagskommission die Worte „auf Beschwerde" hinzugefügt hat, ergibt sich aus dem Kommissionsberichte nichts. Das durch die Hinzufügung dieser Worte die Zuständigkeit hat geändert werden sollen, ist nicht anzunehmen. Der Kommissionsbericht hätte dieses dann wohl zum Ausdruck gebracht. Es wird angenommen werden können, daß die Hinzufügung der Worte „auf Beschwerde" lediglich den Zweck haben, das Verfahren als Beschwerdeverfahren zu kennzeichnen. In diesem Sinne hat auch das Oldenburger Oberversicherungsamt entschieden (Archiv für Reichsversicherung 12 S. 210 Ziff. 418). Die Anführung der Worte „auf Beschwerde" hat ferner die Wirkung, daß diese Beschwerde innerhalb eines Monats erhoben werden muß (§ 128 RVO). Da es sich um ein Beschwerdeverfahren handelt, können die Streitsachen nach § 1799 an das Reichsversicherungsamt gebracht werden. Zu vgl. oben Nr. 5.

7. Art. 74 Ein.Ges. z. RVO. **Wann findet die Erneuerung des Versicherungsverhältnisses durch freiwillige Beitragsleistung statt?**

Hat ein Versicherter, dessen Anwartschaft erloschen ist, vor dem 1. Januar 1912 oder innerhalb eines Jahres nach diesem Tage wieder eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen oder durch freiwillige Beitragsleistung das Versicherungsverhältnis erneuert, so gelten für das Wiederaufleben der Anwartschaft die Vorschriften des § 46 Abs. 4 JVG. weiter. Es fragt sich, wann die Erneuerung des Versicherungsverhältnisses durch freiwillige Beitragsleistung stattfindet, insbesondere ob Art. 74 dann gilt, wenn die neue Quittungskarte zwar vor dem 1. Januar 1913 ausgestellt ist, der freiwillige Beitrag aber erst nach dem 1. Januar 1913 geleistet worden ist. Der Heymannsche Kommentar nimmt zu dieser Zweifelsfrage nicht Stellung. Meine Ausführungen im Geibelschen Kommentar Bd. IV § 1283 Anm. 5 S. 93 § 1443 Anm. 4 S. 321 sind im nachstehenden berücksichtigt.

Die Erneuerung des Versicherungsverhältnisses durch freiwillige Beitragsleistung hat zweifellos zur Voraussetzung, daß freiwillige Beiträge geleistet sind. Wenn daher nach Erlöschen der Anwartschaft für das Jahr 1912 freiwillige Beiträge nicht geleistet sind, so kann Art. 74 keine Anwendung finden, Wenn nun aber ein Versicherter nach Erlöschen der Anwartschaft sich vor dem 1. Januar 1913 eine neue Karte hat ausstellen lassen, so hat er dadurch das Recht erhalten, auch noch im Jahre 1913 für das Jahr 1912 im Rahmen des § 1443 RVO. vom Ausstellungstage der Karte ab Marken nachzuliefern. Jedenfalls hat das Reichsversicherungsamt für die Selbstversicherung angenommen, daß die zur

Digitized by Google

Vollziehung der Selbstversicherung erforderliche Willenserklärung des Berechtigten regelmäßig in dem Antrage auf Ausfertigung einer Quittungskarte zum Ausdruck kommt (Amtl. Nachr. 02 S. 549 Ziff. 1006). Ist die Ausstellung der Karte vor Vollendung des 40. Lebensjahres beantragt, so genügt es, wenn die Selbstversicherung gemäß § 1443 durch Verwendung mindestens einer Beitragsmarke vor Vollendung des 41. Lebensjahres durchgeführt wird (Amtl. Nachr. 1905 S. 441 Ziff. 1211). Dasselbe wird unbedenklich für die Weiterversicherung angenommen werden können. Art. 74 Einf.Ges. findet daher dann Anwendung, wenn nach Erlöschen der Anwartschaft im Jahre 1912 eine neue Karte ausgestellt ist, und der Versicherte zwar erst im Jahre 1913 aber doch im Rahmen des § 1443 für das Jahr 1912 mindestens eine freiwillige Beitragsmarke in die Quittungskarte einklebt. Eine andere Auffassung wird dann Platz greifen müssen, wenn die neue Karte im Jahre 1912 nicht zum Zwecke der Weiterversicherung ausgestellt wurde, sondern zum Zwecke der Pflichtversicherung, die dann aber nachträglich nicht zustande kam.

8. § 1445 Abs. 3 RVO. **Unanfechtbarkeit der Beiträge.**

Nach § 1445 Abs. 3 RVO. kann nach Ablauf von zehn Jahren seit Aufrechnung der Quittungskarte die rechtsgültige Verwendung der in der Aufrechung bescheinigten Marken nicht mehr angefochten werden, es sei denn, daß der Versicherte oder sein Vertreter oder ein zur Fürsorge für ihn Verpflichteter die Verwendung der Marken in betrügerischer Absicht herbeigeführt hat. Trotzt dieser Unanfechtbarkeit der Marken bleibt nach der Fassung des Gesetzes die Frage, ob die Marken Pflichtbeiträge oder freiwillige Beiträge sind, offen. Der Versicherte hat also nach der Fassung des Gesetzes auch nach zehn Jahren den Nachweis zu liefern, daß 100 Pflichtbeiträge vorhanden sind (zu vgl. den Geibelschen Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. IV § 1445 Anm. 21 S. 328). Das Reichsversicherungsamt hat sich auf einen anderen Standpunkt gestellt. Es hat durch die Entscheidung vom 4. März 1912 (Archiv für Reichsversicherung 1912 S. 77 Ziff. 196) den Grundsatz aufgestellt, daß die unanfechtbaren Beiträge entweder als Pflichtbeiträge oder als Beiträge zur Selbstversicherung, nicht aber als Beiträge zur Weiterversicherung zu gelten haben.

So sehr diese Entscheidung im Interesse der Versicherten liegt und so sehr sie die Entscheidung über die Rentenanträge erleichtert, so hat sie doch Folgen, die vielleicht nicht beabsichtigt sind.

Die Folge des Grundsatzes dieser Entscheidung ist nämlich, daß die Bestimmungen über die Erfüllung der Wartezeit auf eine ganz andere Grundlage gestellt werden. Die Wartezeit für die Invalidenrente beträgt 200 Wochen nur dann, wenn 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht verwendet sind. Sind weniger Pflichtbeiträge und im übrigen nur Beiträge zur Weiterversicherung vorhanden, so sollte die Wartezeit für die Invalidenrente nach § 1279 RVO. nie erfüllt werden können. Bei der Selbstversicherung beträgt die Wartezeit nach § 1278 RVO. 500 Wochen. Das ist in Zukunft anders, wenn wenigstens 100 Beiträge nach § 1445 Abs. 3 RVO. unanfechtbar geworden sind. Dasselbe gilt auch für die Bestimmung, daß mit der Selbstversicherung nur bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres begonnen werden kann. Der Versicherte braucht nur eine einzige Pflichtmarke zu leisten. Er ist dann nach § 1244 RVO. zur Weiterversicherung befugt. Die Versicherungsanstalt kann die Weiterversicherung nicht hindern. Sie kann die rechtsgültige Verwendung der Marken auch nicht nach § 1445 Abs. 3 RVO. anfechten, denn die Marken sind nach § 1244 RVO. zweifellos rechtsgültig verwendet. Es kann also, wenn wenigstens 100 Marken nach § 1445 unanfechtbar geworden sind, nicht mehr der Einwand erhoben werden, daß 100 Pflichtmarken nicht vorhanden sind, denn die Marken gelten ohne weiteres als Beiträge zur Pflicht- oder zur Selbstversicherung. Wer nach Vollendung des 40. Lebensjahres noch mit der Selbstversicherung beginnen möchte, es aber wegen der Vorschrift des § 1243 RVO. nicht mehr darf, braucht nur eine Woche lang versicherungspflichtige Lohnarbeit zu verrichten, und sich dann weiter zu versichern. Er erreicht dann dasselbe, als wenn er vor Vollendung des 40. Lebensjahres mit der Selbstversicherung begonnen hätte.

Man könnte daran denken, daß die Beiträge

Digitized by Google

dann nicht als Beiträge zur Selbstversicherung oder als Beiträge zur Pflichtversicherung gelten, wenn die Versicherungsanstalt vor Ablauf von zehn Jahren festgestellt, daß es sich um Beiträge zur Weiterversicherung handelt. Allein es ist nicht einzusehen, weshalb dies nur dann gelten sollte, wenn die Versicherungsanstalt dies ausdrücklich feststellt, und nicht auch dann, wenn sonst die ausgesprochene Ansicht des Versicherten, sich weiter zu versichern, klar zutage liegt. Der Ausweg würde übrigens auch dann versagen, wenn, wie es bei vielen unständigen Arbeiterinnen, insbesondere bei Näherinnen, Waschfrauen, Landarbeiterinnen der Fall ist, abwechselnd Pflicht- und Weiterversicherungsbeiträge geleistet worden. Die Versicherungsanstalt müßte also Woche für Woche eine Feststellung darüber treffen, ob Pflicht- oder Weiterversicherung vorgelegen hat, was praktisch unmöglich ist.

Ob hiernach die erwähnte Entscheidung des Reichsversicherungsamts aufrecht erhalten werden kann, erscheint als zweifelhaft. Sie macht es jedenfalls den Versicherungsanstalten unmöglich, die bewußte Ausnutzung des Gesetzes zu hindern. Und es ist nicht wahrscheinlich, daß der Gesetzgeber durch § 1445 RVO. die grundlegenden Vorschriften über die Wartezeit hat ändern wollen.

9. Art. 68 Einf.Ges. **Wartezeit für die Hinterbliebenenrenten nach 1930.**

Nach Art. 68 Einf.Ges. werden auf die Wartezeit für den Anspruch auf Hinterbliebenenbezüge bis zum 31. Dezember 1930 auch die nach dem Invalidenversicherungsgesetz entrichteten Beiträge angerechnet. Nach diesem Zeitpunkte kommen auf die Wartezeit nur die für die Zeit nach dem 1. Januar 1912 entrichteten Beiträge in Anrechnung. Wenn man diese Bestimmung wörtlich auslegt, so kommt man zu folgenden Ergebnissen. Wenn jemand sich nach dem 1. Januar 1912 lediglich weiterversichert hat, so kommen nach dem 31. Dezember 1930 auf die Wartezeit nur die nach dem 1. Januar 1912 entrichteten Beiträge zur Weiterversicherung in Anrechnung. Die Wartezeit für die Hinterbliebenenbezüge kann also nicht erfüllt werden, weil die erforderlichen 100 Pflichtbeiträge nicht vorhanden sind. Wenn ein Versicherter vor dem 1. Januar 1912 die Selbstversicherung ausgeübt hat und schon vor dem 1. Januar 1912 aus dem Verhältnis, das die Berechtigung zur Selbstversicherung begründet, ausgeschieden ist und seitdem die Selbstversicherung fortgesetzt hat (§ 1243 Abs. 2 RVO.), so kommen nach dem 31. Dezember 1930 auf die Wartezeit nur die nach dem 1. Januar 1912 errichteten Beiträge zur Anrechnung. Die Wartezeit für die Hinterbliebenenbezüge kann also nicht erfüllt werden, weil nach dem 1. Januar 1912 nicht mindestens 100 Beiträge auf Grund der Selbstversicherung geleistet sind (§ 1279 Abs. 1 RVO.). Wenn jemand vor dem 1. Januar 1912 die Selbstversicherung ausgeübt und schon vor dem 1. Januar 1912 das 40. Lebensjahr vollendet hat, so kann gleichfalls nach dem 31. Dezember 1930 die Wartezeit für die Hinterbliebenenbezüge nicht erfüllt werden. Denn angerechnet auf die Wartezeit für die Hinterbliebenenbezüge werden nur die Marken, die nach dem 1. Januar 1912 entrichtet sind. Diese aber sind, soweit es sich um die Wartezeit für die Hinterbliebenenbezüge handelt, ungültig, denn der Versicherte hatte am 1. Januar 1912 das 40. Lebensjahr bereits vollendet, konnte also mit der Selbstversicherung nicht mehr beginnen.

Es fragt sich, ob diese Auslegung die richtige ist. Die Gesetzesmaterialien und die Kommentare geben keine Antwort auf diese Frage. Ich glaube, daß diese Auslegung, für die allerdings der Wortlaut spricht, nicht nötig ist. Die Reichsversicherungsordnung kennt im allgemeinen keine besondere Wartezeit für die Hinterbliebenenbezüge, vielmehr ist nach § 1252 RVO. die Wartezeit für die Hinterbliebenenbezüge die gleiche, wie die Wartezeit für die Invalidenrenten. Wenn im Art. 68 grundsätzlich gefordert wird, daß die Wartezeit für die Hinterbliebenenbezüge durch neue Marken erfüllt wird — ein Grundsatz, von dem für eine Uebergangszeit eine Ausnahme zugelassen ist —, so liegt dem der Gedanke zugrunde, daß die Beiträge für die Zwecke der Hinterbliebenenbezüge haben erhöht werden müssen und daß deshalb die Hinterbliebenenbezüge nur gewährt werden sollen, wenn ein bestimmtes Mindestmaß an neuen Beiträgen geleistet ist. Es wird daher als ausreichend angesehen werden können, wenn nach dem 1. Januar 1912 die für die Erfüllung der Wartezeit erforderliche Anzahl

Digitized by Google

von neuen Marken vorhanden ist, dagegen wird nicht gefordert werden dürfen, daß auch die sonstigen Voraussetzungen für die Erfüllung der Wartezeit nach dem 1. Januar 1912 nochmals erfüllt sind. Der Gesetzgeber hatte keinen Anlaß, die freiwillig Versicherten in diesem Punkte soviel schlechter zu behandeln, als die Pflichtversicherten. Hätte er dies beabsichtigt, so wäre es wohl in der Begründung des Gesetzentwurfs zum Ausdruck gebracht.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung nach § 111 Abs. 2 RVO. des sächsischen Ministeriums des Innern vom 15. Januar 1913.

In Ausführung von § 111 RVO. ist von den Kgl. Sächsischen Ministerien des Innern und der Finanzen — für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung unter Aufhebung der Ausführungsverordnung vom 22. Januar 1911 — durch die Verordnungen vom 25. Juni und 20. Dezember 1912 (Gesetz- und Verordnungsblatt für das Königreich Sachsen S. 329 ff. und S. 533 ff.) folgendes bestimmt worden:

1. Die Aufgaben und Rechte, die die Reichsversicherungsordnung der Landesregierung oder der obersten Verwaltungsbehörde zuweist, hat mit Ausnahme der Fälle des § 865 Abs. 2 RVO. das Kgl. Sächsische Ministerium des Innern, erforderlichenfalls nach Einvernehmen mit den anderen beteiligten Ministerien, wahrzunehmen, soweit es nicht andere Behörden damit beauftragt.

Oberste Verwaltungsbehörde im Sinne von § 865 Abs. 2 RVO. ist das Kgl. Sächsische Finanzministerium.

2. Höhere Verwaltungsbehörde ist, mit Ausnahme der Fälle der §§ 514 und 515 RVO., die Kreishauptmannschaft.

Die Entscheidung über die Zulassung eines Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit und die Ausstellung der Bescheinigung über die Zulassung, soweit sie nach §§ 514 und 515 RVO. Aufgabe der höheren Verwaltungsbehörde ist, wird dem Oberversicherungsamt übertragen. Wird die Zulassung oder Bescheinigung abgelehnt, so entscheidet auf Rekurs das Landesversicherungsamt.

3. Untere Verwaltungsbehörde ist in den Städten mit der Revidierten Städteordnung der Stadtrat, im übrigen die Amtshauptmannschaft und die amtshauptmannschaftliche Delegation Sayda.

4. Polizeibehörde und Ortspolizeibehörde sind in den Städten mit der Revidierten Städteordnung die Stadträte, im übrigen die Amtshauptmannschaften und die amtshauptmannschaftliche Delegation Sayda.

5. Gemeindebehörde (Ortsbehörde) ist in Städten mit der Revidierten Städteordnung der Stadtrat, in den mittleren und kleinen Städten der Bürgermeister, in den Landgemeinden der Gemeindevorstand, für die selbständigen Gutsbezirke der Gutsvorsteher (§ 114 RVO.); jedoch hat in den Fällen der §§ 149 Abs. 2, 251 Abs. 2 und 1454 Abs. 2 RVO. der Bürgermeister oder Gemeindevorstand den Stadtgemeinderat oder Gemeinderat zu hören.

Der Gemeindebehörde liegen auch die Verrichtungen ob, die nach der Reichsversicherungsordnung dem Gemeindevorstande zugewiesen sind.

6. Gemeindeverband im Sinne von §§ 39 Abs. 3 und 59 RVO. ist die Gemeinde oder bei gemeinsamen Versicherungsämtern der Gemeindeverband, für dessen Bezirk das Versicherungsamt errichtet ist.

Als Gemeindeverbände gelten ferner:

a) die auf Grund des Landesgesetzes vom 21. April 1873 über die Bildung von Bezirksverbänden und deren Vertretung gebildeten Bezirksverbände, als deren Vertreter die Bezirksausschüsse,

b) im Sinne der Vorschriften in §§ 155, 169, 172, 537, 554, 628, 629, 649, 650, 823, 833, 834, 835, 892, 894, 904, 1234, 1235 und 1237 RVO. außer den Bezirksverbänden auch noch die unter das Landesgesetz über Gemeindeverbände vom 18. Juni 1910 fallenden Gemeindeverbände sowie die Fürsorgeverbände im Sinne von §§ 7 und 8 des Landesgesetzes über die Fürsorgeerziehung vom 1. Februar 1909,

c) im Sinne des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung, mit Ausnahme des §§ 169 und 172, und des Art. 16 Einf.Ges. die Gemeinde, wenn der Bezirk der Krankenkasse nicht über den einer Gemeinde hinausgeht, andernfalls die für den Kassenbezirk auf Grund des Landesgesetzes über die Gemeindeverbände vom 18. Juni 1910 errichteten Gemeindeverbände und die auf Grund des Landesgesetzes vom 21. April 1873 über die Bildung von Bezirksverbänden und deren Vertretung gebildeten Bezirksverbände, als deren Vertreter die Bezirksausschüsse.

7. Jedem Versicherungsamt, das bei einem Bezirksamt errichtet ist, hat der Amtsvorstand aus dem bezirksamtlichen Personal einen Sekretär, einen Assistenten und nötigenfalls einen Inzipienten zuzuteilen. Diese Beamten haben in erster Linie die Geschäfte des Versicherungsamts zu erledigen und sind zu der Erledigung der bezirksamtlichen Geschäfte nur so weit heranzuziehen, als es der Dienst beim Versicherungsamt gestattet. Die Botengänge und sonstige Amtsdienergeschäfte beim Versicherungsamt hat der Bezirksamtsdiener mitzubesorgen.

Die beim Bezirksamt im Vorbereitungsdienst stehenden Rechtspraktikanten sind auch zu den

Digitized by Google

Geschäften des Versicherungsamts entsprechend heranzuziehen.

8. Die Versicherungsämter dürfen die Kgl. Bezirksärzte, sowie die bei der unteren Verwaltungsbehörde angestellten amtlichen Bausachverständigen (Amtstechniker, Distriktstechniker, Stadtbauräte) als Beiräte mit beratender Stimme zum Beschlußverfahren zuziehen (§ 58 RVO.). Die Amtsärzte sind verpflichtet, den an sie ergehenden Einladungen zu entsprechen. Auf besondere Vergütung dafür haben sie keinen Anspruch. Hinsichtlich der Abgabe von Gutachten bei einzelnen Entschädigungsansprüchen oder in einzelnen Streitsachen verbleibt es bei den bestehenden allgemeinen Bestimmungen.

9. Die Versicherungsämter führen ein Siegel von gleicher Beschaffenheit, wie die Bezirksämter. Die Umschrift besteht bei den staatlichen Versicherungsämtern aus den Worten „Kgl. Bayer. Versicherungsamt" und der Angabe des Dienstsitzes, z. B. Kgl. Bayer. Versicherungsamt Amberg." Bei den gemeindlichen Versicherungsämtern ist statt der Bezeichnung „Städtisches" Versicherungsamt zu gebrauchen; an Stelle des Rautenschildes mit der Königskrone tritt das Wappen der Stadt.

10. Die Versicherungsämter unterstehen der Aufsicht der Kgl. Regierung, Kammer des Innern. Neben dieser hat auch das Oberversicherungsamt die Geschäftsführung der Versicherungsämter zu überwachen und auf Abstellung wahrgenommener Mißstände hinzuwirken. Zu dienstaufsichtlichem Eingreifen ist nur die Kgl. Regierung, Kammer des Innern, befugt.

Kosten der Oberversicherungsämter.

Erlaß der **preuß. Minister für Handel usw. und für Finanzen** vom 23. Januar 1913 (HMBl. S. 73).

Die Kosten der Beweisaufnahme im Verfahren vor den Oberversicherungsämtern gehören grundsätzlich zu den nach § 80 RVO. vom Staate endgültig zu tragenden Kosten. Die Versicherungsträger haben nur den Pauschbetrag nach § 80 Abs. 2 a. a. O. zu entrichten. Die Kosten der Beweisaufnahme können auch nicht als Kosten der Rechtshilfe im Sinne der §§ 115 ff. a. a. O. angesehen und von den Versicherungsträgern nach § 117 a. a. O. eingefordert werden. Zu den Kosten der Beweisaufnahme gehören auch die Kosten der Beobachtung eines Rentenbewerbers in einer Anstalt. Das Reichsversicherungsamt hat bereits in den Bestimmungen über die Kosten der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung vom 29. Januar 1902 (Amtl. Nachr. 1902 S. 246 ff.) die Aufwendungen für eine vom Schiedsgericht angeordnete Beobachtung des Rentenbewerbers in einer Heilanstalt unter den ausscheidbaren Kosten des Verfahrens aufgeführt und hat ferner in der Entscheidung Ziff. 1326 (Amtl. Nachr. 1907 S. 496) anerkannt, daß solche Kosten gerichtliche Kosten der Beweiserhebung sind. Hiernach können diese Kosten einschließlich der Verpflegungskosten nicht von den Versicherungsträgern eingezogen werden. Insoweit also bisher bei der Anordnung solcher Beobachtungen der Gesichtspunkt mitbestimmend gewesen sein sollte, daß die Beobachtung wesentlich im Interesse des Versicherungsträgers erfolge, es diesem aber auf die durch die Anordnung erwachsenden Kosten nicht ankommen werde, würde in Zukunft die Frage, ob zur Aufklärung des Sachverhalts eine Beobachtung anzuordnen ist, unbeeinflußt von diesem Gesichtspunkte zu prüfen sein. Da hierüber die Spruchkammern völlig selbständig verfahren, würde ihnen auch die Prüfung überlassen bleiben müssen, ob etwa ein Angebot des Versicherungsträgers auf freiwillige Übernahme der durch die Beobachtung entstehenden Kosten zur Erwirkung der Beweisaufnahme zugelassen werden könnte.

Soweit die Oberversicherungsämter bis zum 1. Januar 1913 auf dem Gebiete der Unfallversicherung nur die Funktionen der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung im Rahmen des bisherigen Rechts wahrzunehmen haben, ist an der Pflicht der Versicherungsträger zur Kostenerstattung nichts geändert (vgl. den Erlaß vom 21. Oktober 1912 HMBl. S. 547).

B. Zur Krankenversicherung.

Kann die Arbeitsordnung die Arbeiter verpflichten, den Betriebskrankenkassen anzugehören?

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 25. Januar 1913 (HMBl. S. 89).

Die von der Krankenkasse N. N. bekämpfte Vorschrift der neuen Arbeitsordnung für die Arbeiter der N. N.-Fabrik, durch die jeder Arbeiter des Werkes zum Eintritt in die Betriebskrankenkasse verpflichtet wird, erscheint mit dem Gesetze nicht vereinbar.

Zunächst sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, an welche die Gewerbeordnung die Aufnahme solcher Bestimmungen in die Arbeitsordnung knüpft. Auf den § 134 b Abs. 3 Satz 1 d. GewO. kann die Vorschrift nicht gestützt werden, weil sie sich weder auf die Ordnung des Betriebs, noch auf das Verhalten der Arbeiter im Betriebe bezieht. Der Absatz 3 Satz 2 desselben Paragraphen läßt zwar Vorschriften über das Verhalten der Arbeiter bei Benutzung der zu ihrem Besten getroffenen, mit dem Betriebe verbundenen Einrichtungen in der Arbeitsordnung zu, macht ihre Aufnahme aber von der Zustimmung eines ständigen Arbeiterausschusses abhängig. Da in der N. N. Waggonfabrik beim Erlaß der Arbeitsordnung kein Arbeiterausschuß bestand, so konnte eine Vorschrift dieser Art überhaupt nicht mit rechtlicher Wirkung getroffen werden.

Im übrigen würde es mir aber auch, wenn der Form Genüge geschehen wäre, grundsätzlich bedenklich erscheinen, die erwähnte Bestimmung in der Arbeitsordnung zuzulassen. Der § 75 des KVG. will den Arbeitern, die einer eingeschriebenen Hilfskasse angehören, das Recht gewährleisten, der Betriebskrankenkasse fernzubleiben. Die Beseitigung dieses Rechts durch eine Bestimmung der

Digitized by Google

Arbeitsordnung erscheint um so weniger zulässig, als das Krankenversicherungsgesetz dem Arbeitgeber in den §§ 80 und 82 ausdrücklich und unter Strafandrohung untersagt, die Anwendung seiner Bestimmungen zum Nachteile der Versicherten durch Verträge auszuschließen oder zu beschränken.

Die Beschwerde der Krankenkasse N. N. muß ich danach als begründet anerkennen. Ich ersuche Sie daher, für die Beseitigung der mehrerwähnten Bestimmung aus der Arbeitsordnung gemäß § 134 f GewO. Sorge zu tragen und die Beschwerdeführerin in meinem Namen entsprechend zu bescheiden.

Anmerkung: Wir verweisen auf die abweichenden Ausführungen von Hahn in Arb.-Versorgg. 1910 S. 522 ff. einerseits, auf die Bemerkungen in gleichem Sinne in Arb.-Versorgg. 1902 S. 367 anderseits.

Vereinigung von Betriebskrankenkassen.
Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 4. Februar 1913 (HMBl. S. 91).

Bei der Vereinigung von zwei Krankenkassen geht die eine völlig in die andere auf, so daß diese ihre Rechtsnachfolgerin wird (Begr. z. RVO. S. 188). Wenn daher bei der Vereinigung von Betriebskrankenkassen die aufnehmende Kasse (RVO. § 288) bis zum 31. Dezember 1912 den Antrag auf Zulassung gestellt hat und diesem Antrag entsprochen wird, so kann die Vereinigung auch nach dem 1. Januar 1913 jederzeit und ohne Rücksicht darauf stattfinden, ob die aufzunehmenden Kassen den Zulassungsantrag gestellt haben und zulassungsfähig sind.

Hat keine der zu vereinigenden Betriebskrankenkassen den Antrag auf Zulassung rechtzeitig gestellt, oder ist keine der Kassen zulassungsfähig, so ist für alle in Frage kommenden Betriebe desselben Arbeitgebers (§ 270) nur eine neue Betriebskrankenkasse nach den Vorschriften der RVO. zum 1. Januar 1914 zu errichten (§§ 245 ff.). Die Vereinigung zu einem früheren Zeitpunkt ist in diesem Falle nicht möglich, da die vereinigte Krankenkasse den Antrag auf Zulassung bis zum 31. Dezember v. J. hätte stellen müssen.

C. Zur Unfallversicherung.

Rundschreiben des Reichsversicherungsamts an die Träger der Unfallversicherung über die Pflichten unfallrentenberechtigter Inländer, die sich im Ausland aufhalten.

Vom 2. November 1912 (Preuß. HMBl. S. 75 ff.).

Nach Anhörung der Landesversicherungsämter und der Berufsgenossenschaften hat das Reichsversicherungsamt die beifolgenden **Ausführungsbestimmungen**

1. zu den §§ 615 Abs. 1 Nr. 2 und 955 RVO.,
2. zu § 1116 Abs. 1 Nr. 2 RVO.

erlassen.

Sie treten an die Stelle der bisherigen, gemäß § 94 Ziff. 3 GUVG., § 100 Ziff. 3 UVG. für Land- und Forstwirtschaft und § 37 Abs. 1 BUVG. vom Reichsversicherungsamt erlassenen Vorschriften vom 5. Juli 1901, mitgeteilt durch das Rundschreiben vom 5. Juli 1901 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1901 S. 451), und der gemäß § 98 Ziff. 3 SUVG. von der Seeberufsgenossenschaft am 31. Mai 1902 erlassenen und vom Reichsversicherungsamt am 16. Juli 1902 genehmigten Vorschriften ....

I. Zu den §§ 615 Abs. 1 Nr. 2, 955 RVO.

§ 1.

Nimmt ein rentenberechtigter Inländer seinen Aufenthalt im Ausland, so hat er unverzüglich dem die Rente zahlenden Versicherungsträger seinen Aufenthalt genau mitzuteilen.

§ 2.

Die Frist zur Mitteilung des Aufenthalts beträgt für ausländische Aufenthaltsorte

1. innerhalb Europas, in den Küstenländern von Asien und Afrika längs des Mittelländischen und Schwarzen Meeres oder auf den dazugehörigen Inseln ..... drei Monate,
2. in den übrigen Teilen Afrikas, in Amerika oder auf den dazugehörigen Inseln ..... sechs Monate,
3. in einem anderen außereuropäischen Lande ..... neun Monate.

Im Zweifel ist die längere Frist maßgebend.

§ 3.

Die Fristen des § 2 beginnen mit dem Tage des Antritts der Reise ins Ausland oder, sofern dieser Zeitpunkt nicht feststeht, mit dem Tage, an dem eine Postsendung des Versicherungsträgers an den Rentenberechtigten unter seiner letzten bekannten Adresse im Inlande wegen Verlassens dieses Aufenthaltsorts nicht hat bestellt werden können.

§ 4.

Die Mitteilung gilt im Sinne der Nr. 2 des § 615 RVO. als unterlassen, wenn die Abreise des Rentenberechtigten ins Ausland glaubhaft gemacht, innerhalb der Mitteilungsfrist aber keine dem § 1 entsprechende Mitteilung dem Versicherungsträger zugegangen ist.

§ 5.

Bei jedem Wechsel des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb des Auslandes gelten die §§ 1 bis 4 entsprechend mit der Maßgabe, daß für die Berechnung der Mitteilungsfrist der letzte bekannte Aufenthaltsort im Ausland an die Stelle des letzten inländischen Wohnorts tritt, und daß die Frist in allen Fällen sechs Monate beträgt.

§ 6.

Versicherungsträger und Rentenberechtigter können eine anderweite Festsetzung der Dauer und des Beginns der in den §§ 2 bis 5 bestimmten Fristen vereinbaren.

Digitized by Google

§ 7.

Auf Verlangen des die Rente zahlenden Versicherungsträgers hat sich der rentenberechtigte Verletzte von Zeit zu Zeit bei dem zuständigen Konsul oder einer ihm bezeichneten anderen deutschen Behörde vorzustellen.

Diese Vorstellung darf, sofern nicht zwischen dem Versicherungsträger und dem Rentenberechtigten über einen kürzeren Zeitraum ausdrückliches Einverständnis erzielt ist,

1. innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Unfall
   a) von dem am Sitze der Behörde wohnenden oder dort regelmäßig beschäftigten Verletzten nur in Zeiträumen von mindestens sechs Monaten,
   b) von anderen Verletzten nur in Zeiträumen von mindestens neun Monaten,
2. in allen übrigen Fällen nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre

verlangt werden.

§ 8.

Der Versicherungsträger, der die Vorstellung angeordnet hat, muß dem Verletzten die zur zweckentsprechenden Ausführung der Reise aufgewendeten Kosten an Reise-, Übernachtungs- und Zehrgeld sowie den dadurch entgangenen Arbeitsverdienst erstatten.

§ 9.

Für rentenberechtigte Inländer, die auf ausländischen Seefahrzeugen fahren, gelten die nachstehenden Ausführungsbestimmungen zu § 1116 Abs. 1 Nr. 2 RVO. vom 2. November 1912.

§ 10.

Diese Ausführungsbestimmungen treten am 1. Januar 1913 in Kraft.

Sie gelten entsprechend für die rentenberechtigten Inländer, die an diesem Tage bereits ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Auslande genommen oder vor diesem Tage die Reise ins Ausland angetreten haben, mit der Maßgabe, daß für die erste Mitteilung noch die bisherigen Vorschriften vom 5. Juli 1901 über die Verpflichtungen von unfallrentenberechtigten Inländern, welche im Auslande sich aufhalten (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1901 S. 455, Deutscher Reichsanzeiger Nr. 161 vom 10. Juli 1901) anzuwenden sind.

II. Zu § 1116 Abs. 1 Nr. 2 RVO.

§ 1.

Nimmt ein Rentenberechtigter, ohne auf einem deutschen Schiffe angemustert zu sein, freiwillig seinen gewöhnlichen Aufenthalt im Auslande, so hat er unverzüglich dem Vorstande der Seeberufsgenossenschaft oder dem zuständigen Sektionsvorstande seinen Aufenthalt genau mitzuteilen.

Die gleiche Pflicht hat der Rentenberechtigte, der, ohne im Inland einen Wohnsitz zu haben, für ein unter fremder Flagge fahrendes Fahrzeug angemustert wird.

§ 2.

Hat der Rentenberechtigte vom Inland aus die Reise ins Ausland angetreten, oder ist er im Auslande von einem deutschen Schiffe abgemustert worden, so beträgt die Frist zur Mitteilung des Aufenthalts, wenn der ausländische Aufenthaltsort oder der Ort der im Ausland erfolgten Abmusterung

1. innerhalb Europas, in den Küstenländern von Asien und Afrika längs des Mittelländischen und Schwarzen Meeres oder auf den dazugehörigen Inseln liegt .... drei Monate,
2. in den übrigen Teilen Afrikas, in Amerika oder auf den dazugehörigen Inseln liegt ..... sechs Monate,
3. in einem sonstigen außereuropäischen Lande liegt ..... neun Monate.

Im Zweifel ist die längere Frist maßgebend.

Ist der Rentenberechtigte, ohne in Deutschland einen Wohnsitz zu haben, für ein unter fremder Flagge fahrendes Schiff angemustert worden, so beträgt die Frist sechs Monate.

§ 3.

Die Fristen des § 2 beginnen mit dem Tage, an dem der Rentenberechtigte die Reise ins Ausland angetreten hat oder im Auslande von einem deutschen Schiffe abgemustert oder für ein unter fremder Flagge fahrendes Schiff angemustert worden ist. Steht keiner dieser Zeitpunkte fest, so beginnt der Lauf der Frist mit dem Tage, an dem eine Postsendung der Seeberufsgenossenschaft an den Rentenberechtigten unter seiner letzten bekannten Adresse im Inlande wegen Verlassens dieses Aufenthaltsorts nicht hat bestellt werden können.

§ 4.

Die Mitteilung gilt im Sinne der Nr. 2 des § 1116 RVO. als unterlassen, wenn die Abreise des Rentenberechtigten ins Ausland, die im Ausland erfolgte Abmusterung von einem deutschen Schiffe oder die Anmusterung für ein unter fremder Flagge fahrendes Schiff glaubhaft gemacht, innerhalb der Mitteilungsfrist aber keine dem § 1 entsprechende Mitteilung dem Genossenschaftsvorstand oder dem zuständigen Sektionsvorstande zugegangen ist.

§ 5.

Bei jedem Wechsel des gewöhnlichen Aufenthalts innerhalb des Auslandes und bei jeder Abmusterung im Auslande von einem unter fremder Flagge fahrenden Schiffe gelten die Vorschriften der §§ 1 bis 4 entsprechend mit der Maßgabe, daß für die Berechnung der Mitteilungsfrist der letzte bekannte Aufenthaltsort im Ausland oder der Abmusterungsort des Auslandes an die Stelle des letzten inländischen Wohnorts tritt, und daß die Frist in allen Fällen sechs Monate beträgt.

§ 6.

Der Genossenschaftsvorstand oder der zuständige Sektionsvorstand und der Rentenberechtigte können eine anderweite Festsetzung der Dauer und des Beginns der in den §§ 2 bis 5 bestimmten Fristen vereinbaren.

§ 7.

Auf Verlangen des Genossenschaftsvorstandes oder des zuständigen Sektionsvorstandes hat sich

Digitized by Google

der rentenberechtigte Verletzte von Zeit zu Zeit bei einem ihm bezeichneten Seemannsamt, einem Konsul oder einer anderen ihm bezeichneten deutschen Behörde vorzustellen.

Diese Vorstellung darf, sofern nicht zwischen dem Vorstand und dem Rentenberechtigten über einen kürzeren Zeitraum ausdrückliches Einverständnis erzielt ist,

1. innerhalb der ersten zwei Jahre nach dem Unfall
   a) von dem am Sitze der Behörde wohnenden oder dort regelmäßig beschäftigten Verletzten nur in Zeiträumen von mindestens sechs Monaten,
   b) von anderen Verletzten nur in Zeiträumen von mindesten neun Monaten,
2. in allen übrigen Fällen nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre verlangt werden.

§ 8.

Die Seeberufsgenossenschaft hat dem Verletzten die zur zweckentsprechenden Ausführung der Vorstellung aufgewendeten Kosten an Reise-, Uebernachtungs- und Zehrgeld sowie den dadurch entgangenen Arbeitsverdienst zu erstatten.

§ 9.

Diese Ausführungsbestimmungen treten am 1. Januar 1913 in Kraft.

Sie gelten entsprechend für die Rentenberechtigten, die an diesem Tage bereits freiwillig ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Auslande genommen oder vor diesem Tage die Reise ins Ausland angetreten haben, oder, ohne im Inland einen Wohnsitz zu haben, für ein unter fremder Flagge fahrendes Schiff angemustert worden sind, mit der Maßgabe, daß für die erste Mitteilung noch die bisherigen Vorschriften der Seeberufsgenossenschaft vom 31. Mai bis 16. Juli 1902 über die Verpflichtungen der zum Bezuge von Unfallrenten Berechtigten, welche sich, ohne auf einem deutschen Schiffe angemustert zu sein, im Ausland aufhalten, anzuwenden sind.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Invalidenversicherungspflicht der preußischen Volksschullehrerinnen (RVO. § 1234).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts, Beschlußsenat der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung,** vom 14. Dezember 1912 (Preuß. HMBl. S. 95 ff.)

Nach dem bisher geltenden Rechte (§ 5 Abs. 1 IVG.) war es nicht zweifelhaft, daß preußische Volksschullehrerinnen der Invalidenversicherungspflicht nicht unterlagen. Denn ihnen war eine Anwartschaft auf Pension im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse gewährleistet. Es ist nun zu prüfen, ob die Rechtslage sich geändert hat, nachdem am 1. Januar 1912 die Vorschriften des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung über die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in Kraft getreten sind. Diese Frage ist in der Literatur bereits mehrfach, aber nicht übereinstimmend, behandelt worden (zu vgl. insbesondere Mugdan in der Arb.-Versorgg. Jahrg. 28 S. 721, Jahrg. 29 S. 1 ff., Cuno im Preußischen Verwaltungsblatt Jahrg. 33 S. 194, Treutlein im Preußischen Verwaltungsblatt Jahrg. 33 S. 461). Nach § 1234 RVO. sind Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten, zu denen nach der Ausdrucksweise des Gesetzes ohne weiteres auch die Lehrerinnen zählen, versicherungsfrei, „wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse sowie auf Witwenrente nach den Sätzen der gleichen Lohnklasse und auf Waisenrente gewährleistet ist". Die Freiheit von der Versicherungspflicht ist also nunmehr noch davon abhängig gemacht, daß eine Anwartschaft auf Witwenrente in der bezeichneten Höhe und auf Waisenrente gewährleistet ist. Dies mußte geschehen, nachdem die Reichsversicherungsordnung die Leistungen der Arbeiterversicherung auf die Hinterbliebenenfürsorge erstreckt hatte. Die Begründung zum Entwurfe weist auf S. 390 hierauf hin. Es wird dort ausgeführt: „Der Ausschluß von der Versicherungspflicht gemäß § 5 Abs. 1, 2 IVG. hat in Zukunft auch den Wegfall der reichsgesetzlichen Hinterbliebenenversicherung zur Folge. Deshalb muß dieser Ausschluß von der Sicherstellung nicht nur der dort bezeichneten Personen selbst, sondern auch ihrer Hinterbliebenen durch eine Fürsorge abhängig gemacht werden, die der reichsgesetzlichen im allgemeinen entspricht." Wie schon in der angefochtenen Entscheidung zutreffend dargelegt ist, erfüllen die preußischen Volksschullehrerinnen nach dem jetzigen Stande der Gesetzgebung nicht in allen Punkten die in § 1234 a. a. O. aufgestellten Erfordernisse. Zwar erstreckt § 24 des Lehrerpensionsgesetzes vom 6. Juli 1885 bis 10. Juni 1907 die Vorschriften über die Pensionen ausdrücklich auf „die definitiv angestellten Lehrerinnen". Das Gesetz, betreffend die Fürsorge für die Witwen und Waisen der Lehrer an den öffentlichen Volksschulen, vom 4. Dezember 1899 bis 10. Juni 1907 kennt aber nur Bezüge der Witwe und der Waisen eines „Lehrers" und erwähnt die Lehrerinnen nicht. Es fehlt also, da Witwenrente hier nicht in Frage kommen kann und die Witwerrente in § 1234 RVO. nicht aufgeführt ist, die Anwartschaft auf Waisenrente. Sie ist auch im vorliegenden Falle nicht etwa durch Ortsstatut gewährleistet. Die Entscheidung der Streitsache hängt also lediglich von Beantwortung der Frage ab, ob nach der Fassung des Gesetzes auch die Gewährleistung einer Anwartschaft auf Waisenrente ausnahmslos als Voraussetzung für die Versicherungsfreiheit der in § 1234 a a. O. aufgeführten Personenklassen zu fordern sei. Der erkennende Senat hat diese Frage nach eingehender Würdigung aller in Betracht kommenden Umstände verneint.

Zunächst gewinnt es den Anschein, als lasse der

Digitized by Google

Wortlaut der Gesetzesvorschrift nur die Deutung zu, daß die Versicherungsfreiheit in allen Fällen von Gewährleistung der dreifachen Anwartschaft auf Ruhegeld, auf Witwenrente und auf Waisenrente abhängen soll. Es wäre dann für eine abweichende Auslegung kein Raum gegeben. Bei näherer Betrachtung findet man aber, daß die dreifache Anwartschaft überhaupt nur auf den Fall des verheirateten männlichen Angestellten paßt, daß mithin die Fassung der Vorschrift nur auf diesen Regelfall zugeschnitten ist. Denn es ist selbstverständlich, daß bei allen weiblichen Angestellten die Anwartschaft auf Witwenrente nicht in Frage kommt, weil bei ihnen das eigne Ruhegeld an die Stelle der Witwenrente tritt. Die Anwartschaft auf Witwenrente ist also ohne weiteres auszuscheiden, wenn zu prüfen ist, ob bei einer weiblichen Angestellten die Voraussetzungen des § 1234 a. a. O. vorliegen. Diese Erwägung legt den Zweifel nahe, ob auch die Anwartschaft auf Waisenrente nur für den Regelfall eine Voraussetzung der Versicherungsfreiheit bilden soll und ob sie in allen solchen Fällen ausscheiden darf, wo eine Waisenrente bei gebührender Würdigung aller Verhältnisse nicht in Betracht kommt. Hier hat die Auslegung einzusetzen, um den Zweifel, den der Wortlaut der gesetzlichen Vorschrift läßt, zu lösen.

Eine Reihe von Umständen aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes spricht überzeugend dafür, daß der Gesetzgeber nicht beabsichtigt hat, durch die Einfügung der Worte: „sowie auf Witwenrente nach den Sätzen der gleichen Lohnklasse und auf Waisenrente“ in § 1234 RVO. eine durchgreifende Änderung hinsichtlich der Versicherungspflicht größerer Personenkreise herbeizuführen. Nach der schon angeführten Stelle der Begründung war es in erster Linie darauf abgesehen, die Vorschriften über die Versicherungsfreiheit der neu geschaffenen Hinterbliebenenversicherung und der durch sie bedingten Erweiterung der Versicherungsleistungen anzupassen. Allerdings heißt es in der Begründung zu Art. 73 Einf. Ges. (§ 63 des Entwurfs) auf S. 41: „Sollte es Beamtengruppen geben, deren Angehörigen zwar eine Anwartschaft auf Pension, aber nicht auf Hinterbliebenenbezüge gewährleistet ist, so müßte für diese Beamten, die jetzt nach § 5 Abs. 1, 2 JVG. der Versicherungspflicht nicht unterliegen, diese wieder in Kraft treten.“ Der Gesetzgeber war sich also bewußt, daß die Änderung in § 1234 a. a. O. gewisse Verschiebungen in der Frage der Befreiung einzelner Personengruppen von der Versicherungspflicht zur Folge haben konnte. Dies um so mehr, weil Art. 73 a. a. O. ausdrücklich vorschreibt, daß nach dem 1. Januar 1912 diejenigen wieder versicherungspflichtig werden, welche gemäß § 5 Abs. 1, 2 JVG. befreit waren, wenn nicht bei ihnen die Voraussetzungen des § 1234 RVO. zutreffen. Aus den Worten der Begründung: „Sollte es Beamtengruppen geben, . . .“ geht aber hervor, daß der Gesetzgeber hierbei nur an die Möglichkeit von Veränderungen nicht einschneidender Art gedacht hat, die er im einzelnen nicht bestimmt vor Augen hatte. Wäre er sich bewußt gewesen und hätte er beabsichtigt, daß durch die neue Fassung in wesentlicher Abweichung von dem bisherigen Rechte der größte Teil aller weiblichen Angestellten, die bisher, soweit sie pensionsberechtigt waren, der Versicherungspflicht nicht unterlagen, wieder versicherungspflichtig würde, so hätte er jene immerhin nur bedingte Fassung nicht gewählt und auch nicht wählen dürfen. Denn diese Änderung würde an Bedeutung hinter der durch die Reichsversicherungsordnung herbeigeführten Erweiterung des Kreises der versicherungspflichtigen Personen nicht zurückgeblieben sein. Hierzu kommt, daß die Reichsversicherungsordnung sich nicht als ein völlig neues Gesetz, sondern als eine Fortbildung und weitere Ausgestaltung der bestehenden Versicherungsgesetze darstellt und daß im allgemeinen alle wichtigeren Änderungen, die sie gebracht hat, durch die Begründung zu dem Entwurfe besonders eingeführt und in den Beratungen der gesetzgebenden Körperschaften eingehend behandelt worden sind. Beides trifft hier nicht zu. Die Frage ist überhaupt erst bei der Beratung des dem § 1234 RVO. entsprechenden § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 in der zweiten Lesung, und zwar in der Sitzung vom 30. November 1911 zur Sprache gekommen. Der Abgeordnete Cuno wies damals auf die weittragenden Folgen hin, die gegebenenfalls der Wortlaut dieser Vorschrift nach sich ziehen könnte. Der Regierungsvertreter hat zwar darauf erklärt: „Es ist zweifellos, daß weibliche Angestellte, für die ein Ruhegeld gewährleistet ist, nicht befreit werden können, weil das Gesetz verlangt, daß Ruhegeld und Hinterbliebenengeld gewährt werden.“ Im Laufe der dritten Lesung hat aber in der Sitzung vom 5. Dezember 1911 der Abgeordnete Schickert die gegenteilige Ansicht vertreten, ohne bei den Regierungsvertretern Widerspruch zu finden. Der Abgeordnete führte dabei aus, daß die Lösung der immerhin nicht unzweifelhaften Frage dem objektiven Ermessen der zur Entscheidung berufenen Instanzen überlassen werden könne. Die Frage ist hiernach in der dritten Lesung unentschieden geblieben. Diese Verhandlungen, insbesondere das Verhalten der Regierungsvertreter in der zweiten und dritten Lesung, können für die Frage, welche Absicht den Gesetzgeber bei der Abfassung des § 1234 RVO. geleitet hat, um so weniger verwertet werden, als damals die Reichsversicherungsordnung bereits verkündet war und wenige Tage darauf teilweise in Kraft trat. Vielmehr ist aus dem Schweigen aller an dem Zustandekommen der Reichsversicherungsordnung Beteiligten zu schließen, daß man die aus dem Wortlaut des § 1234 a. a. O. für die weiblichen Angestellten mögliche Folgerung nicht beabsichtigt, ja überhaupt nicht an sie gedacht hat. Die sich daraus ergebende starke Beschränkung der Versicherungsfreiheit würde auch dem sonst aus § 1234 ersichtlichen Bestreben, den Kreis der von der Versicherungspflicht ausgenommenen Personen zu erweitern, widersprechen.

Hinsichtlich der ledigen Volksschullehrerinnen kommt hinzu, daß ihre allgemeine Einbeziehung in

Digitized by Google

die Versicherungspflicht kaum mit der Vorschrift in § 1235 Nr. 1 RVO. in Einklang zu bringen wäre, wonach Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten versicherungsfrei sind, solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden. Diese Vorschrift kann ihren Grund nur darin finden, daß es sich um die Ausbildung zu einem Berufe handelt, der der Versicherungspflicht nicht unterliegt. Die auszubildenden Personen sollen deshalb von der Versicherungspflicht nicht erfaßt werden, weil sie im gewöhnlichen Laufe der Dinge in Stellungen gelangen, in denen sie ohne weiteres versicherungsfrei sind. Es wäre nicht zu verstehen, wenn sie während ihrer Ausbildungszeit versicherungsfrei sein und in die Versicherungspflicht erst eintreten sollten, sobald sie eine gesicherte Stellung erlangt haben.

Auch die Stellung der Lehrerinnen zu den Lehrern, die nach der neuen Vorschrift zweifellos versicherungsfrei bleiben, würde sich ohne ersichtlichen Grund nicht unwesentlich verschieben. Bei streng wörtlicher Auslegung des § 1234 aaO. wären zwar auch die Lehrer und die meisten Beamten versicherungspflichtig, da sie nicht die Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge genau in dem von der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Umfange, z. B. auch auf Waisenrente für elternlose Enkel, besitzen. Nach der Begründung (S. 390) soll aber eine entsprechende Fürsorge für die Hinterbliebenen schon dann angenommen werden, wenn der Versicherungswert der Gesamtleistungen dem der Bezüge aus der Reichsversicherungsordnung annähernd gleichkommt. Dies ist bei den Volksschullehrern der Fall. Die Lehrerinnen träfe aber gegenüber ihren männlichen Kollegen eine Mehrbelastung insofern, als sie die Hälfte der Versicherungsbeiträge zu tragen hätten. Andererseits flössen ihnen später in Form von Invaliden- und Altersrenten Zuschüsse zu ihren Pensionen zu. Beides träte aber nur deshalb ein, weil den Lehrerinnen keine Hinterbliebenenfürsorge gewährleistet ist, die für sie nur sehr selten in Frage kommt. Sollten die Lehrerinnen auch noch der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte vom 20. Dezember 1911 unterliegen, wofür die gleichen Voraussetzungen wie für die Reichsversicherungsordnung gelten, so könnte dies sogar zu einem Mißverhältnis zwischen ihren Pensionsbezügen und denen der Lehrer führen. Denn dann würden noch die nicht unbedeutenden Leistungen aus der Angestelltenversicherung den Pensionen der Lehrerinnen hinzutreten. Auch diese Folgen kann der Gesetzgeber nicht gewollt haben.

Vor allem aber ist nicht einzusehen, warum der Gesetzgeber die Volksschullehrerinnen und alle die weiblichen Angestellten, für welche die gleichen Voraussetzungen zutreffen, nur deshalb in die Versicherungspflicht wieder hätte einbeziehen wollen, weil ihnen nach den für sie geltenden Vorschriften eine Fürsorge nicht gewährleistet ist, die für sie fast nie in Frage kommt. Die Anstellung von Ehefrauen oder Witwen als Volksschullehrerinnen ist in Preußen an sich nicht ausgeschlossen, kommt aber verhältnismäßig nur vereinzelt vor. Ob bei ihnen die Frage der Versicherungspflicht anders zu beurteilen ist, kann hier dahingestellt bleiben. Die ledige Volksschullehrerin scheidet in Preußen nach allgemeinem Verwaltungsbrauch aus dem Dienste, sobald sie heiratet. Die Frage der Hinterbliebenenfürsorge kann daher für sie, solange sie in ihrem Berufe steht, überhaupt nicht, sondern erst dann von Bedeutung werden, wenn sie infolge Verheiratung ihre Anstellung aufgegeben hat. Es wäre aber nicht verständlich und wohl ohne Vorgang, eine Berufsklasse nur deshalb der Versicherungspflicht zu unterstellen, weil sie gegen Ereignisse nicht gesichert ist, die sie erst nach ihrem Ausscheiden aus dem Berufe treffen können. Für die Lehrerin, die nicht heiratet, ist durch ihre Anwartschaft auf Ruhegeld für die Zukunft ausreichend gesorgt. Wenn nun auch, wie die angestellten Erhebungen ergeben haben, eine nicht unerhebliche Anzahl von Lehrerinnen freiwillig den Beruf aufgibt, um zu heiraten, so bliebe doch zwischen der Belastung der ganzen Berufsgruppe durch die Versicherungspflicht und den vereinzelten Leistungen an Hinterbliebene ausgeschiedener Berufsgenossinnen ein offenbares und nicht zu rechtfertigendes Mißverhältnis. Schließlich kämen noch, mehr theoretisch, Fälle von unehelicher Nachkommenschaft in Betracht. Solche in der Praxis ganz vereinzelte Fälle können aber als Unterlage für die Versicherungspflicht einer ganzen Berufsklasse von der Stellung der Lehrerinnen ernstlich nicht herangezogen werden. Daß die Versicherungspflicht auch den im Berufe bleibenden Lehrerinnen insofern Vorteile brächte, als ihnen dann das Heilverfahren zugänglich wäre und sie Rentenansprüche erlangen würden, kann eine andere Entscheidung nicht begründen. Es wäre in der Tat eine Ueberspannung des Versicherungsgedankens, von den Lehrerinnen und von den beteiligten Schulgemeinden um der Hinterbliebenenfürsorge willen, die für die Lehrerinnen keine Bedeutung hat, hohe Aufwendungen zu verlangen.

Nach alledem ist bei der Auslegung des § 1234 aaO. davon auszugehen, daß, sofern andere Personengruppen in Betracht kommen als die, an welche der Gesetzgeber zunächst als Regelfall gedacht hat, nämlich verheiratete männliche Angestellte, nicht alle im § 1234 aaO. angeführten Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit, sondern nur diejenigen erfüllt zu sein brauchen, die nach der besonderen Art des Falles vernünftigerweise in Frage kommen können. Für die Befreiung einer ledigen Lehrerin an einer preußischen öffentlichen Volksschule muß es daher genügen, wenn ihr die Anwartschaft auf Ruhegeld in der im § 1234 aaO. vorgesehenen Höhe gewährleistet ist. Damit ist ihre Lage gegenüber dem bisherigen Rechte nicht geändert.

Im vorliegenden Falle entsprechen die für die Lehrerin N. geltenden Anstellungs- und Pensionsverhältnisse in jeder Richtung denen der ledigen Lehrerinnen an preußischen öffentlichen Volksschulen. Die Vorentscheidung hat daher zutreffend die Vorschrift des § 1234 RVO. für anwendbar erklärt. Der Beschwerde war deshalb der Erfolg zu versagen.

Digitized by Google

Versicherungspflicht einstweilig angestellter Lehrer.

Auszug aus einem Erlasse des **preuß. Ministers der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten** vom 4. Oktober 1912 (HMBl. S. 79).

Im übrigen bemerke ich, daß die Vorschrift des § 1234 RVO. jedenfalls auf einstweilig angestellte Lehrer Anwendung findet, weil diese sich in einer an sich mit dem Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung ausgestatteten Stelle befinden, wenn auch die gesicherten Ansprüche erst durch die endgültige Anstellung und durch Zurücklegung einer längeren Dienstzeit erworben werden. Ebenso werden auch die auftragsweise beschäftigten Lehrer von der Versicherungspflicht zu befreien sein, wenn ihnen eine Stelle übertragen ist, die nach den bestehenden Verwaltungsgrundsätzen den allgemein üblichen Übergang zu einer Anstellung mit späterer Berechtigung auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten bildet.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht im Bereiche der allgemeinen Verwaltung.

Erlaß der **preuß. Minister des Innern und für Finanzen** vom 7. November 1912 (HMBl. S. 79).

Auf Grund des § 9 Abs. 3 des Reichsversicherungsgesetzes für Angestellte (RGBl. 1911 S. 989) bestimmen wir für den Bereich der allgemeinen Verwaltung, daß für sämtliche darin Beschäftigten, denen eine Anwartschaft auf Pension und auf Hinterbliebenenbezüge nach den landesgesetzlichen Vorschriften zusteht, die im § 9 Abs. 1 a. a. O. bezeichneten Anwartschaften als gewährleistet anzusehen sind.

Eine Anwartschaft auf Pensions- und Hinterbliebenenbezüge ist auch bei den Bureaudiätaren begründet, weshalb die im § 9 des Gesetzes vorgesehenen Anwartschaften bei ihnen gleichfalls als gewährleistet anzusehen sind.

Nach § 10 AVG. sind versicherungsfrei die staatlichen Beamten, solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden, sowie die im Staatsdienste vorläufig beschäftigten Beamten. Auf Grund von § 10 Abs. 2 treffen wir hierzu die Entscheidung, daß unter erstere Gruppe — vorausgesetzt, daß überhaupt eine entgeltliche Beschäftigung stattfindet — die Supernumerare in der Zeit bis zur Ablegung der Prüfung, unter letztere die höheren Beamten, die vor endgültiger Uebernahme in die allgemeine Verwaltung probeweise beschäftigt werden, sowie die im Bureaudienste probeweise beschäftigten Militäranwärter fallen, letztere sofern sie bereits aus dem Soldatenstand ausgeschieden sind und, wie dies regelmäßig der Fall sein wird, die Beamteneigenschaft erlangt haben. (Sind die probeweise oder informatorisch beschäftigten Militäranwärter noch Mitglieder des Soldatenstandes, so sind sie nach § 10 Nr. 3 des Gesetzes als „Personen des Soldatenstandes, die eine der im § 1 bezeichneten Tätigkeit im Dienste oder während der Vorbereitung zu einer bürgerlichen Beschäftigung ausüben, auf die § 9 anzuwenden ist", versicherungsfrei.)

Zur Ausführung des Gesetzes wird im übrigen bemerkt, daß die im Kanzleidienste beschäftigten Angestellten im allgemeinen, weil mit lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt, nicht unter das Versicherungsgesetz für Angestellte fallen. Sollten Lohnschreiber bisher in einer Art Verwendung gefunden haben, welche die Eigenschaft ihrer Dienstleistungen als lediglich mechanischer als zweifelhaft erscheinen lassen könnte, so ist dafür zu sorgen, daß sie künftig mit lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden. Ob eine bloß gelegentliche Verwendung zur einfachen stenographischen Aufnahme eines Diktats oder zur Übertragung eines einfachen Stenogramms in Hand- oder Maschinenschrift geeignet ist, der Beschäftigung die Natur als einer lediglich mechanischen zu nehmen, wird noch in einer besonderen Verfügung erörtert werden.

Die bei der allgemeinen Verwaltung außerhalb des Kanzleidienstes im bloßen Vertragsverhältnis beschäftigten Personen werden im allgemeinen von dem Versicherungsgesetze für Angestellte gleichfalls nicht betroffen, da es sich bei ihnen nicht um Tätigkeiten im Sinne des Gesetzes handelt. Dies gilt mit dem oben erwähnten Vorbehalte wegen einer gelegentlichen stenographischen Betätigung auch von den Telephon- und Schreibmaschinendamen, sofern die Voraussetzung zutrifft, daß sie lediglich mit der Bedienung des Telephons und Schreibarbeiten beschäftigt werden. Die als außerordentliche Bureauhilfsarbeiter einberufenen, nichtbeamteten Personen sind als versicherungspflichtig anzusehen, da die Ausnahmebestimmungen der § 9 Abs. 1 und § 10 Nr. 1 auf sie nicht zutreffen.

Wir ersuchen, die dortigen Beamten von den Entscheidungen gemäß §§ 9 und 10 in Kenntnis zu setzen. Sofern bezüglich der im vorstehenden erwähnten Angestelltengruppen mit Rücksicht auf die Art und Weise, wie sie dort bisher beschäftigt wurden, Zweifel wegen ihrer versicherungsrechtlichen Behandlung bestehen könnten, erwarten wir darüber Bericht. Ferner ist zu berichten, falls etwa sonst noch Angestellte dort beschäftigt sein sollten, die nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte der Versicherungspflicht unterliegen könnten. Dabei würde ev. auch zu erörtern sein, inwieweit Veranlassung gegeben ist, diese Angestellten nach Maßgabe des § 10 Abs. 1 Nr. 1 während der Zeit ihrer Ausbildung oder einer vorläufigen Beschäftigung für versicherungsfrei zu erklären.

Versicherungspflicht im Bereiche der Verwaltung der geistlichen und Unterrichts-Angelegenheiten.

Erlaß des **preuß. Ministers der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten** vom 28. Dezember 1912 (HMBl. S. 80).

Das am 1. Januar 1913 in Kraft tretende Reichsversicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember

Digitized by Google

1911 (RGBl. S. 989) erklärt für versicherungspflichtig auch die in Betrieben oder im Dienste eines Bundesstaats oder einer Gemeinde angestellten oder beschäftigten Personen, wenn sie nicht nach §§ 9 und 10 dieses Gesetzes versicherungsfrei sind oder nach dem § 11 auf ihren Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden.

1. Versicherungsfrei sind nach § 9 ohne weiteres alle Beschäftigten, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten nach Maßgabe der für sie nach der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 29. Juni 1912 (RGBl. S. 405) in Betracht kommenden Gehaltsklassen (§ 16 des Gesetzes) gewährleistet ist. Für die bereits angestellten Beamten ist für die Einreihung in die Gehaltsklassen des § 16 das tatsächliche Stelleneinkommen zur Zeit des Inkrafttretens des Gesetzes maßgebend. Da nach dem preußischen Pensionsgesetze das den Staatsbeamten zustehende Ruhegehalt höher ist als das den Angehörigen der betreffenden Gehaltsklassen durch das Reichsversicherungsgesetz für Angestellte gewährleistete Ruhegeld, und da auch die den Witwen und Waisen der preußischen Beamten zustehenden Witwen- und Waisengelder höher sind als die Hinterbliebenenrenten nach dem bezeichneten Reichsgesetze, so sind alle fest angestellten, pensionsberechtigten Beamten des preußischen Staates ohne weiteres versicherungsfrei. Das gleiche gilt von den Angestellten der Gemeinden, denen Pension und Hinterbliebenenversorgung in dem für die Staatsbeamten geltenden Umfange gewährleistet ist.

2. Bei den auf Kündigung Angestellten gilt die Anwartschaft als gewährleistet, wenn die Kündigung von dem Vorhandensein eines wichtigen Grundes (§ 626 BGB.) abhängig gemacht ist, oder wenn den Beamten gegen die ausgesprochene Kündigung die Beschwerde an eine höhere Instanz offensteht.

3. Ebenso werden auf Probe angestellte Beamte als versicherungsfrei anzusehen sein, wenn die Anstellung für eine bestimmte, die Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit erfüllende Stelle erfolgt ist.

4. Nach § 10 des Reichsversicherungsgesetzes sind die staatlichen Beamten auch in der Zeit versicherungsfrei, in der sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet oder vorläufig im Staatsdienste beschäftigt werden. Probeweise oder informatorisch beschäftigte Militäranwärter, welche noch Mitglieder des Soldatenstandes sind, genießen während der Vorbereitung auf eine an sich versicherungsfreie Stellung die Versicherungsfreiheit nach § 10 Nr. 3 des Gesetzes.

Die nicht im Beamtenverhältnis stehenden oder keinen Anspruch auf Ruhegehalt oder Hinterbliebenenversorgung besitzenden Angestellten des Staates oder der Gemeinden unterliegen hiernach der Versicherungspflicht, wenn die Voraussetzungen des § 1 des Reichsversicherungsgesetzes für Angestellte bezüglich ihrer Beschäftigung zutreffen. Hierbei ist folgendes zu beachten:

I. Die Versicherungspflicht nach dem RVG. für Angestellte erstreckt sich nur auf die in leitender oder gehobener Stellung befindlichen Angestellten, dagegen nicht auf die mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigten Personen. Hiernach erstreckt sich die Versicherungspflicht nach diesem Gesetze nicht auf die in den Kanzleien beschäftigten Schreiber oder Maschinenschreiberinnen, selbst dann, wenn diese gelegentlich Stenogramme aufzunehmen oder einfache Formulare auszufüllen haben. Ebensowenig sind nach diesem Gesetze versicherungspflichtig Telephonistinnen sowie die in den Kliniken oder naturwissenschaftlichen Instituten angestellten Diener, Heilgehilfen, Heizer, Elektriker, Mechaniker oder sonstige Techniker, wenn ihre etwaige betriebsleitende Tätigkeit von geringerer Bedeutung ist als die auf körperlicher Mitarbeit beruhende Beschäftigung.

Dagegen sind als außerordentliche Bureauhilfsarbeiter einberufene, nicht beamtete Personen versicherungspflichtig, weil die Ausnahmebestimmungen der §§ 9 und 10 auf sie nicht zutreffen.

Unter Beachtung obiger Grundsätze sind als versicherungsfrei auch anzusehen die Privatdozenten an den Universitäten, weil sie nicht als Angestellte im Sinne des Gesetzes betrachtet werden können. Ebensowenig erscheinen als versicherungspflichtig die Honorarprofessoren, obwohl sie einen Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung nicht besitzen. Denn Hochschullehrer sind nach dem allgemeinen Sprachgebrauche der Gesetze als Lehrer im Sinne des § 1 Nr. 5 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht anzusehen, da ihre Stellung ebensosehr durch die freie wissenschaftliche Forschung als durch ihre lehramtliche Tätigkeit bestimmt wird. Das gleiche wird aber auch für die Assistenten an den Universitätsinstituten und den Technischen Hochschulen zu gelten haben, weil auch sie die freie wissenschaftliche Betätigung über die gehobenen Stellungen im Sinne des § 1 Nr. 2 des Gesetzes heraushebt. Aber selbst wenn man bei diesen Personen ein „Angestellten"-Verhältnis zum Staate im Sinne des Gesetzes annehmen wollte, so erschiene ihre Befreiung von der Versicherungspflicht auch durch den § 9 des Gesetzes begründet, weil sie sich in Stellungen befinden, die nach den bestehenden Verwaltungsgrundsätzen den allgemein üblichen Übergang zu einer Anstellung mit Ruhegehaltsberechtigung bilden.

Versicherungspflicht der im Kirchendienst Angestellten.

Erlaß des **preuß. Ministers der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten** vom 28. Dezember 1912 (MBl. S. 82).

Das Reichsversicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) bezieht sich grundsätzlich auch auf die im Kirchendienst angestellten Personen. Versicherungsfrei sind nach § 9 Nr. 2 des Gesetzes die Geistlichen der als öffentlich-rechtliche Korporationen anerkannten Religionsgesellschaften, wenn ihre Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten nach Maßgabe der für sie nach der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 29. Juni 1912 (RGBl. S. 405) in Betracht kommenden Gehaltsklassen (§ 16 des Gesetzes) gewährleistet ist. Für die bereits angestellten Kirchendiener — Küster im Hauptberuf, soweit sie nicht lediglich

Digitized by Google

niedere Dienste verrichten — ist für die Einreihung in die Gehaltsklassen des § 16 das tatsächliche Stelleneinkommen zur Zeit des Inkrafttretens des Gesetzes maßgebend.

Versicherungspflicht im Bereiche der Verwaltung der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten.

Erlaß des **preuß. Ministers der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten** vom 2. Januar 1913 (HMBl. S. 82).

Der Herr Finanzminister und der Herr Minister des Innern haben auf Grund des § 9 Abs. 3 des Reichsversicherungsgesetzes für Angestellte (RGBl. 1911 S. 989) durch gemeinsamen Erlaß vom 7. November 1912 (vorstehend S. 79) die allgemeinen Grundsätze bestimmt, nach denen für den Bereich der allgemeinen Verwaltung für die darin Beschäftigten, denen eine Anwartschaft auf Pension und auf Hinterbliebenenbezüge nach den landesgesetzlichen Vorschriften zusteht, die im § 9 Abs. 1 a. a. O. bezeichneten Anwartschaften als gewährleistet anzusehen sind.

Ich bestimme hiermit, daß nach diesen Grundsätzen auch für den Bereich meines Ressorts zu verfahren ist.

Hinsichtlich der Frage, ob die an öffentlichen Schulen oder Anstalten einstweilen angestellten oder nur auftragsweise oder vertretungsweise beschäftigten Lehrer und Lehrerinnen der reichsgesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen, verweise ich auf die Runderlasse vom 4. Oktober[1]) und 16. Dezember v. J.[2]). Mit Bezug auf die an öffentlichen Schulen angestellten Lehrerinnen hat das Reichsversicherungsamt unter dem 14. Dezember v. J. dahin entschieden, daß die Lehrerinnen trotz des fehlenden Anspruchs auf Hinterbliebenenrenten nach § 1234 der Reichsversicherungsordnung versicherungsfrei sind[3]). Sie unterliegen daher auch nicht der Versicherungspflicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetze.

Versicherungspflicht stellvertretungsweise beschäftigter Lehrkräfte.

Erlaß des **preuß. Ministers der geistlichen und Unterrichtsangelegenheiten** vom 16. Dezember 1912 (HMBl. S. 82).

Auf die Vorstellung vom 29. November d. J. erwidere ich dem Magistrat, daß ich der Auffassung des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beitrete, wonach Lehrerinnen, die nach Ablegung der vorgeschriebenen Prüfungen an den dortigen öffentlichen Schulen (Volks-, mittleren und höheren Schulen) stellvertretungsweise gegen Entgelt beschäftigt werden, nicht zu den im § 10 Abs. 1 Ziff. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 gedachten Lehrern und Erziehern, die für ihren Beruf ausgebildet werden, zu rechnen sind. Die stellvertretungsweise beschäftigten Lehrkräfte sind aber nach § 9 des Gesetzes versicherungsfrei, sofern sie nach den bestehenden Anstellungsgrundsätzen bei sich bietender Gelegenheit in eine mit dem Anspruch auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten ausgestattete Stelle einrücken. Denn es ist nicht notwendig, daß die Ansprüche, auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten bereits gesichert sind; vielmehr kann eine Gewährleistung der Anwartschaft schon dann angenommen werden, wenn die an öffentlichen Schulen oder Anstalten, wenn auch zunächst nur vertretungsweise, beschäftigten Lehrpersonen nach der bisherigen Verwaltungspraxis bei befriedigender Dienstführung auf eine pensionsberechtigte Anstellung rechnen können.

Ausführung des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 25. Januar 1913 (HMBl. S. 83).

I. Nach § 51 Ziff. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte werden als Beitragsmonate im Sinne der §§ 15, 49 diejenigen Kalendermonate angerechnet, in denen der Versicherte wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen. Die an eine Krankheit sich anschließende, mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Genesungszeit wird der Krankheit gleich geachtet. Dasselbe gilt für die Dauer von zwei Monaten bei einer Arbeitsunfähigkeit, die durch eine Schwangerschaft oder ein regelmäßig verlaufendes Wochenbett veranlaßt ist (§ 52). Nicht angerechnet wird eine Krankheit, die sich der Versicherte vorsätzlich oder bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urteil festgestellten Verbrechens oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen hat (§ 53).

Die Krankheitszeiten werden durch Bescheinigungen nachgewiesen, welche die von der obersten Verwaltungsbehörde zu bezeichnenden Stellen auszustellen haben (§ 54 Abs. 2). Nach dem Wortlaute der angezogenen Bestimmung kann die Ausstellung der Bescheinigung nur Behörden übertragen werden. Hiernach bestimme ich im Einvernehmen mit dem Herrn Minister des Innern:

> Die Krankheitsbescheinigungen sind von den Gemeindevorständen oder den Vorstehern der für die Gemeindeverwaltung eingerichteten besonderen örtlichen Bezirke auszustellen.
>
> Für die in Reichs- und Staatsbetrieben Beschäftigten können die Krankheitsbescheinigungen auch durch die vorgesetzten Dienstbehörden ausgestellt werden.

Die Ausstellung der Bescheinigung durch die Gemeindebehörden hat nach dem unten abgedruckten probeweise ausgefüllten Muster zu erfolgen (Anlage). Der Angestellte hat den Nachweis zu erbringen, daß er während der Krankheitszeit verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen. Als ausreichender Nachweis werden die gemäß § 1438 RVO. ausgestellten Bescheinigungen der Kassenvorstände anzusehen sein, sofern gegen ihre Richtigkeit keine Bedenken vorliegen und sie ordnungsmäßig ausgefertigt sind (vgl. Ziff. 10 Abs. III der Anweisung für die Quittungskartenausgabe vom 20. November 1911

[1]) Siehe oben.
[2]) Siehe nachstehend.
[3]) Siehe oben.

Digitized by Google

HMBl. S. 429). Inwieweit andere Unterlagen (ärztliche Zeugnisse, Zeugnisse von Krankenhäusern, Bescheinigungen der Arbeitgeber) ausreichen, muß der pflichtmäßigen Prüfung der Gemeindebehörden im Einzelfalle vorbehalten bleiben; sie haben erforderlichenfalls wegen Feststellung der zu bescheinigenden Tatsachen ihrerseits die notwendigen Ermittelungen anzustellen.

Ergibt sich, daß der Erkrankte durch die Krankheit nicht verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen, oder daß er für die Zeit der Krankheit das Gehalt fortbezogen hat (§ 170 Abs. 2 AVG.), oder daß ein Fall des § 53 daselbst vorliegt, so ist die Ausstellung der Bescheinigung abzulehnen.

II. Gemäß § 242 Abs. 2 a. a. O. bestimme ich, daß für Betriebe, die unter bergpolizeilicher Aufsicht stehen, § 242 Abs. 1 mit folgenden Änderungen gilt:

Die Ortspolizeibehörde hat vor Erlaß ihrer Anordnungen den zuständigen Bergrevierbeamten zu hören. Er hat die Bedingungen anzugeben, unter denen die Einnahme des Augenscheins zulässig sein soll. Diese Bedingungen sind für die Anordnungen der Ortspolizeibehörde maßgebend. Der Bergrevierbeamte ist befugt, an dem Termine zur Einnahme des Augenscheins teilzunehmen.

III. Gemäß § 371 Abs. 2, §§ 379, 389 Abs. 1 bestimme ich im Einvernehmen mit dem Herrn Minister des Innern:

Die Erteilung der Genehmigung zur ausnahmsweisen Übertragung der gesetzlichen Versicherungsansprüche, welche den Berechtigten gegenüber Zuschußkassen, Ersatzkassen und den im § 389 Abs. 1 bezeichneten Pensionseinrichtungen und Kassen zustehen, erfolgt durch die untere Verwaltungsbehörde.

IV. Die Bestimmungen meines Erlasses vom 18. November 1912 (HMBl. S. 561) finden auch auf die weiblichen Beamten und die Lehrerinnen Anwendung. Unter A IIa des Erlasses ist unter Streichung des Kommas hinter „Gewerbeassessoren" hinzuzufügen: „und Gewerbeinspektionsassistentinnen".

Ich ersuche, die nachgeordneten Stellen mit den nötigen Anordnungen zu versehen und den zu meinem Geschäftsbereiche gehörenden weiblichen Beamten und Lehrerinnen an öffentlichen Schulen und Anstalten von der in IV getroffenen Entscheidung Kenntnis zu geben.

Krankheitsbescheinigung.

(§ 54 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.)

Der Bureauvorsteher Franz Richter in Niederburg, geboren im Jahre 1873 zu Stettin, Stadtkreis Stettin, Provinz Pommern, war vom 15. Juli 1913 bis zum 5. September 1913 arbeitsunfähig und verhindert, seine Berufstätigkeit fortzusetzen. Der Erkrankte hat sich die Krankheit weder vorsätzlich, noch bei Begehung eines durch strafgerichtliches Urteil festgestellten Verbrechens, noch durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln zugezogen.

Waldenberg, den 15. Oktober 1913.

Der Gemeindevorstand.

(Siegel.) **Müller,**
Gemeindevorsteher.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Beiträge zur Angestelltenversicherung

für die Zeit bis Ende Januar sind bereits in einem Betrage von mehr als 10 Mill. M. über die Postscheckkonten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte eingegangen. Demnach haben die im Deutschen Reiche vorhandenen Arbeitgeber von versicherten Angestellten zum weit größten Teile ihrer Einzahlungspflicht mit anerkennenswerter Pünktlichkeit genügt. *Etwa noch im Rückstande befindliche Arbeitgeber* und auch die freiwillig Versicherten werden gut tun, ihre Beiträge *umgehend* durch ihre Postämter auf das Konto der Reichsversicherungsanstalt beim Postscheckamt Berlin einzuzahlen. Eine jede Verzögerung in der pflichtmäßigen Beitragszahlung bringt nicht nur unliebsame Folgen für den Geschäftsgang der Reichsversicherungsanstalt und Zinsverluste zum Schaden der Versicherten mit sich, sondern kann für die Verpflichteten neben portopflichtigen Erinnerungsschreiben gebührenpflichtige Mahnungen und in den gesetzlichen Fällen sogar *empfindliche Geldstrafen* nach sich ziehen.

(Kl.) Das Genter System.

Ueber die Arbeitslosenversicherung der Stadt Gent, die in so großem Maße vorbildlich geworden ist, ist soeben ein umfassender Bericht erschienen. Die Genter Stadtverwaltung beschloß 1901 die Gründung eines Unterstützungsfonds für die Arbeiterorganisationen, die eine Arbeitslosenfürsorge eingeführt haben.

Dieser Fonds wird von einem Komitee verwaltet unter der Kontrolle der Stadtverwaltung, die jedes Jahr eine bestimmte Summe in das städtische Budget für ihn einsetzt. Neben diesen ordentlichen Zuschüssen werden für den Fonds außerordentliche Einnahmen bewilligt, da die Erfahrung gelehrt hat, daß ohne sie in den Krisenjahren sonst das Unterstützungssystem nur mangelhaft funktionieren kann. So mußte in dem Krisenjahre 1908 die Stadtverwaltung von Gent den ursprünglich auf 20000 Franks (16000 M.) festgesetzten Zuschuß auf 41500 Franks (33200 M.) erhöhen, damit das Komitee die besonders zahlreichen Arbeitslosen regelrecht unterstützen konnte. Deshalb wurde ein Reservefonds gegründet, dem die Ueberschüsse des Etats, die in den günstigen Jahren erzielt werden, überwiesen werden. Außerdem hat die Stadtverwaltung für ihn einen außerordentlichen Kredit von 5000 Franks (4000 M.) bewilligt, der in jedem günstigen Geschäftsjahre ausbezahlt wird, um in den Krisenjahren zur Deckung der außerordentlichen Ausgaben zu dienen. Ende 1911 betrug der Reservefonds 20083,87 Franks (16067,09 M.).

Der städtische Zuschuß beträgt im Durchschnitt 32 % der von jeder einzelnen Organisation ausgezahlten Arbeitslosenunterstützung. 1908 erhielt ein Arbeitsloser von der Stadt im Durchschnitt 19,34 Franks (15,47 M.), 1911 22 Franks (17,60 M.). Zwei Drittel der Gesamtunterstützung bezieht also jeder Versicherte von seiner Organisation, ein Drittel aus städtischen Mitteln. Den Hauptanteil liefert die Organisation, das heißt jeder Versicherte selbst vermittels seiner Sparkraft.

Digitized by Google

Der Versicherungsfonds erhält aber auch vom Staat, von der Provinz und von Privatpersonen noch Zuschüsse. Der Versicherung sind sieben Vororte der Stadt Gent, die allein 180000 Einwohner zählt, angeschlossen. Ende 1911 betrug die Zahl der unterstützten Organisationen 46, worunter sich 16 sozialdemokratische befanden.

Die Zahl der versicherten Mitglieder ist seit 1901 bis Ende 1911 von durchschnittlich 13000 auf 18600 gestiegen. 1901 wurden von den Gewerkschaften an 2089 Arbeitslose 9990,29 Franks (7992,23 M.) Unterstützung ausgezahlt; der städtische Zuschuß betrug 3732,22 Franks (2985,77 M.). In dem Krisenjahre 1908 stieg, bei 18582 angeschlossenen Organisierten, die Zahl der Arbeitslosen auf 7539, die Höhe der gewerkschaftlichen Unterstützungen auf 99126,05 Franks (79300,84 M.), des städtischen Zuschusses auf 46701,26 Franks (37361 M.). Dann setzte die Hochkonjunktur ein und 1911 wurden, bei 18600 Mitgliedern, an 3334 Arbeitslose nur noch 47368,24 Franks (37814,59 M.) gewerkschaftliche Unterstützungen und 22758,23 Franks (18206,58 M.) von der Stadt ausbezahlt.

Das Genter System hat inzwischen einen Siegeszug über die Erde angetreten. Es stellt bis jetzt die einzige Form der Arbeitslosenversicherung dar, die sich bewährt hat.

Aus den Verhandlungen des Reichstags

über Fragen der Reichsversicherung heben wir hervor: Nach § 547 RVO. kann der Bundesrat die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche **Berufskrankheiten** ausdehnen und zur Durchführung besondere Vorschriften erlassen. Von verschiedenen Seiten wurde gefordert, daß von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht werde. Man bemängelte, daß die wiederholt geforderte Statistik über die Gewerbekrankheiten noch nicht in Angriff genommen worden ist. Eine vom Zentrum eingebrachte und von Mitgliedern aller bürgerlichen Parteien unterstützte Resolution ersucht die Regierung, möglichst bald von der Vollmacht, die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten auszudehnen, Gebrauch zu machen, insbesondere aber das Augenzittern der Bergarbeiter (Nystagmus) als gewerbliche Berufskrankheit (§ 547 RVO.) der Unfallversicherung zu unterstellen. Nach einer Mitteilung des Abg. Becker-Arnsberg leiden allein im Ruhrgebiet mindestens 11500 Bergleute an Augenzittern. Gegenüber den mannigfachen Beschwerden, die sich namentlich auch auf die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts und den Rückgang der Unfall- und Invalidenrente sowie auf die Behandlung der sog. Unfälle des täglichen Lebens bezogen, erklärte der Direktor im Reichsamt des Innern, Dr. Caspar, daß die Reichsverwaltung schon vor Inkrafttreten des § 547 RVO. zugleich mit dem preußischen Handelsminister der Frage näher getreten sei, Nystagmus als gewerbliche Berufskrankheit der Unfallversicherung zu unterstellen. Es käme jedoch hier auch die andere Lösung, die der Schadloshaltung durch die Knappschaftskassen, in Frage. Bezüglich der Lungenkrankheiten der Steinarbeiter wolle er, um auf die Schwierigkeiten der Frage hinzuweisen, nur erwähnen, daß nach den in England angestellten Erhebungen diese Erkrankung nicht den Betriebsunfällen gleichgestellt werden könne. Zu dem Rückgang der Zahl der Invalidenrenten erklärte der Regierungsvertreter, daß die auch vom Reichstage verlangte Nachprüfung ergeben hätte, daß z. B. in Schlesien zuviel Renten bewilligt gewesen wären. Wenn die hier bewilligten Renten namens des Gesetzes bewilligt worden wären, hätten die Beiträge erhöht werden müssen, da diese nicht mehr ausreichen würden, Renten in solchem Umfang zu bewilligen. Gegenüber dem Vorwurf, daß die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts schablonisiere, erklärte Ministerialdirektor Dr. **Caspar**: „Wenn zurzeit der Verlust eines Auges jetzt wesentlich geringer entschädigt werde, so sei es allerdings richtig, daß das Reichsversicherungsamt bei sonst gleichen Verhältnissen allgemein heute eine geringere Rente gewährt als in den ersten Jahren; der Grund dafür sei aber lediglich darin zu suchen, daß jetzt eine bessere Bemessung der Erwerbsfähigkeit stattfindet. Aber es würde durchaus unrichtig sein, daraus zu folgern, daß überhaupt ein Rückgang in den Entschädigungssätzen durch das Reichsversicherungsamt eingetreten oder daß die Rechtsprechung ungünstiger geworden sei. Im Gegenteil, es habe sich immer mehr die Anschauung gebildet, daß bei wirklich schweren Fällen eine höhere Rente eintreten muß, und das kann man nur als zweckmäßig ansehen. So werde z. B. bei dem Verlust einer ganzen Hand in der letzten Zeit eine wesentlich höhere Entschädigung zugesprochen als früher. Die gewährten Entschädigungen auf den Kopf der Versicherten zu berechnen, sei eine ganz schiefe Vergleichsweise; denn man dürfe diesen Zahlen nur den kleineren Teil der Unfallverletzten zugrunde legen. Die Unfälle des täglichen Lebens würden jetzt vom Reichsversicherungsamt weit mehr entschädigt als früher. — Die Resolution **Becker** wurde einstimmig angenommen.

Zur **Angestelltenversicherung** befürwortete der Abg. **Trimborn** die Zulassung des **Magdeburger Privatbeamtenvereins als Ersatzkasse** und verlangte gegenüber den Bestrebungen einzelner Industrieller, die Werkmeister von der Privatbeamtenversicherung auszuschließen, z. B. dadurch, daß sie den Werkmeistertitel ändern und auch einen andern Gehaltszahlungsmodus einführen, ein Einschreiten des Staates. Ministerialdirektor Dr. **Caspar** sagte eine besonders wohlwollende Prüfung der Wünsche des Magdeburger Privatbeamtenvereins zu und äußerte sich u. a. auch ausführlich zur Frage der **Kruppschen Pensionskasse**. Er wies darauf hin, daß nach den neuesten Satzungen dieser Kasse die Firma es jedem Angestellten anheimgebe, ob er von der Versicherungspflicht befreit sein wolle oder nicht. Das sei also ein Zustand, den man nur anerkennen könne. Allerdings verliere ein aus dem Kruppschen Betrieb ausscheidender Angestellter seine Ansprüche, das könne aber auch jedem andern in einem andern Betrieb zustoßen. Der von der Firma Krupp gewählte Ausweg müsse doch aber gerade von dem Sozialdemokraten **Giebel**, der die Anerkennung der Kruppschen Pensionskasse als Lebensversicherungsunternehmung als gegen den Sinn und Wortlaut des Gesetzes verstoßend bezeichnet hatte, mit Freuden begrüßt werden. Wenn die Firma Krupp einen Antrag auf Zulassung ihrer Pensionskasse gestellt hätte, dann wäre der beklagte Zustand ja ein dauernder. So sei aber nur der Antrag gestellt worden, ihr den Charakter eines Versicherungsunternehmens zu geben. Deshalb gelten auch nur alle die Versicherungen, die vor Anfang Dezember 1911 abgeschlossen worden sind. Alle später in den Betrieb eingetretenen Personen konnten also nicht aufgenommen werden, oder es mußte für sie, wenn sie wirklich beitreten, die volle Versicherung bezahlt werden. Durch den Antrag der Kruppschen Werke sei nur ein Uebergangszustand herbeigeführt worden. Es sei also nur eine Form der Liquidation. Aus diesem Grunde entfielen auch sämtliche Vorwürfe, die Herr **Giebel** der Firma und dem Reichsversicherungsamt in dieser Beziehung gemacht habe.

Digitized by Google

Literarisches.

Leitfaden zur Arbeiterversicherung des Deutschen Reichs, bearbeitet von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. Verlag von Julius Springer, Berlin. (Einzelpreis 40 Pf., bei 25 Stück und mehr je 35 Pf., bei 50 Stück und mehr je 30 Pf., bei 100 Stück und mehr je 25 Pf.)

Der neue Leitfaden setzt sich wie der alte, der seit 1893 in 13 Auflagen weiteste Verbreitung, auch im Ausland, gefunden hat, zum Ziele, das neue Recht der Arbeiterversicherung volkstümlich im Zusammenhange zu schildern. Beigegeben sind die Hauptergebnisse aus der Statistik der Arbeiterversicherung 1885 bis 1911 mit einer graphischen Darstellung über Umfang, Ausgaben und Leistungen der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung und ein Literaturverzeichnis. Die klare und knappe Darstellung selbst gliedert sich in die Abschnitte Entwicklung der Arbeiterversicherung, Krankenversicherung, Unfallversicherung, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, Verfahren und Wirkung der Arbeiterversicherung. Ueber die Wirkung der Arbeiterversicherung heben wir aus dem Leitfaden folgende bemerkenswerte Darlegungen hervor: „Um das Wirken der deutschen Arbeiterversicherung zu beurteilen, muß man sich zunächst vergegenwärtigen, welchen Umfang sie in ihrer über fünfundzwanzigjährigen Entwicklung angenommen und wie gewaltige Summen sie zum Wohle der arbeitenden Klassen flüssig gemacht hat. Am Ende des Jahres 1911 waren von einer Gesamtbevölkerung von etwa 65,4 Millionen 14,5 Millionen gegen Krankheit, 24,6 Millionen gegen Unfall und 15,9 Millionen gegen Invalidität versichert. An Entschädigungen (Renten) sind bis zu dem gleichen Zeitpunkt von den Krankenkassen rund 4749 Millionen, von den Berufsgenossenschaften rund 2139 Millionen, von den Trägern der Invalidenversicherung rund 2272 Millionen M. gezahlt worden. Im ganzen haben demnach bis Ende 1911 etwa 106 Millionen Versicherte und deren Angehörige 9,2 Milliarden M. Entschädigungen erhalten. Der tägliche Aufwand in allen drei Versicherungszweigen beläuft sich gegenwärtig auf über 2 Millionen M. Durch die Reichsversicherungsordnung, die den Kreis der Versicherten, namentlich auf dem Gebiete der Krankenversicherung, erheblich erweitert und die Hinterbliebenenversicherung neu eingeführt hat, werden diese Leistungen noch gesteigert werden. Wie hoch die den einzelnen Versicherten zufallenden Entschädigungen sind, und welche Beitragsleistungen diesen Entschädigungen gegenüberstehen, ist bei den einzelnen Versicherungszweigen dargestellt. Einige Beispiele aus dem Leben sollen es noch anschaulicher machen . . .

. . . Mit diesen nach Art und Umfang umschriebenen Leistungen ist die Wirkung der Arbeiterversicherung nicht erschöpft. Besonders ist ihres gewaltigen Einflusses auf die Volksgesundheit zu gedenken. Alle Versicherungsträger haben als besonders wichtige Aufgabe erkannt, vorbeugend Gesundheit und Volkskraft zu erhalten, nicht nur eingetretene Schäden zu heilen und zu entschädigen. Mit einem Aufwand von mehr als 163 Millionen M. haben die Berufsgenossenschaften den Verletzten bis zum beendeten Heilverfahren freie Kur, Heilmittel und Verpflegung in Krankenhäusern gewährt und die Behandlung schon während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall freiwillig übernommen. Durch Erlaß von Unfallverhütungsvorschriften und durch die sorgfältige Ueberwachung der Betriebe konnten gewisse Arten von Unfällen fast beseitigt oder doch erheblich eingeschränkt und die Unfallfolgen allgemein gemildert werden. Die Träger der Invalidenversicherung haben das Heilverfahren von Jahr zu Jahr umfassender ausgebildet. In den Jahren 1897 bis 1911 sind etwa 857000 Versicherte mit einem Aufwand von über 205 Millionen M. behandelt worden, davon nahezu 371000 mit einem Aufwand von mehr als 135 Millionen M. wegen Lungentuberkulose, Kehlkopftuberkulose und Lupus. Auch der Kampf gegen die Trunksucht und gegen die Geschlechtskrankheiten wurde erfolgreich aufgenommen. Zur Behandlung der Kranken hatten die Versicherungsträger bis Ende 1911 38 Lungenheilstätten mit 4652 Betten und 37 Sanatorien, Genesungsheime und Krankenhäuser mit 2982 Betten eingerichtet. Im Jahre 1911 kostete der Betrieb dieser Anstalten über 11 Millionen M. Auch abgesehen vom Heilverfahren haben die Versicherungsanstalten durch allgemeine Maßnahmen zur Verhütung vorzeitiger Invalidität und Hebung der Volksgesundheit Bedeutendes geleistet. Manche gemeinnützige Einrichtung hätte unterbleiben müssen, wenn sie nicht die Mittel dargeliehen hätten. Die so segensreich wirkenden Krankenpflegeeinrichtungen der Gemeinden sind im Jahre 1911 mit nahezu 368000 M., die Auskunits- und Fürsorgestellen für Lungenkranke mit rund 340000 M. unterstützt worden. Im ganzen haben die Versicherungsanstalten für derartige Zwecke im Jahre 1911 über 1 Million M. ausgegeben. Vergegenwärtigt man sich schließlich, daß alle diese Bestrebungen auch von den Krankenkassen durch vielseitige hygienische Belehrung ihrer Mitglieder und Hinwirkung auf die Besserung der Wohnungsverhältnisse gefördert worden sind, so kann man die Arbeiterversicherung mit Recht als einen Grund- und Eckstein der sozialen Gesundheitspflege in Deutschland bezeichnen.

Die Wirkung der sozialen Gesetzgebung aber reicht noch weiter. Angeregt durch die Sozialreform haben viele Unternehmer die Arbeiterfürsorge weit über ihren gesetzlichen Rahmen ausgedehnt. Neben der Betätigung der öffentlichen Verbände entwickelte sich ein weitverzweigtes gemeinnütziges Wirken zum Wohle der wirtschaftlich Schwachen. Die Arbeiterversicherung ist zu einer sozialpolitischen Schule für die Nation geworden. Ihr erzieherischer Einfluß erstreckt sich auch auf die Versicherten. Die ehrenamtliche Tätigkeit, zu der die Arbeiter bei der Durchführung der Versicherung berufen sind, bringt sie in enge Fühlung mit den Unternehmern und den beteiligten Beamten. Dies trägt zum Ausgleich von Gegensätzen bei und wirkt versöhnend. Die Arbeit in der Rechtsprechung und Verwaltung der Versicherung gibt den Arbeitern Verständnis für die Verwaltung eigener und fremder Geschäfte. Sie werden mit dem Gedanken einer Fürsorge für Zeiten der Not vertraut und auf vernünftige Selbsthilfe durch Sparsamkeit und Vorsicht verwiesen. Der Einwand, daß der Zwang, die unentbehrliche Grundlage der deutschen Arbeiterversicherung, die Willenskraft der Arbeiter im Kampfe ums Dasein schwäche, trifft nicht zu. Der Sinn der Arbeiter für freiwillige Selbstfürsorge wird auch dadurch wach gehalten, daß es erstrebenswert bleibt, sie durch eigene Fürsorge zu ergänzen. Das zunehmende Anwachsen der Sparkasseneinlagen — der Kapitalanlage des kleinen Mannes — beweist ebenso wie die wachsende Verbreitung der von Privatgesellschaften betriebenen ‚Volksversicherung', daß der durch die soziale Fürsorge gesteigerte Wohlstand der Arbeiterschaft deren Spartrieb belebt und gekräftigt hat.

Als eine bedrohliche Schattenseite der sozialen Versicherung ist die Rentensucht (Rentenhysterie usw.) bezeichnet worden. Wie auf allen Gebieten, wo Vorteile winken, haben allerdings auch Versicherte versucht, die Einrichtungen der Arbeiterversicherung durch Simulation oder Uebertreibung zu mißbrauchen. Die durch Erfahrung geschärfte Aufmerksamkeit der Versicherungsträger im Verein mit der Wissenschaft der Aerzte wirken indessen diesen zahlenmäßig nicht allzuhäufigen Versuchen

Digitized by Google

erfolgreich entgegen. Als eine der Arbeiterversicherung eigentümliche oder sie gefährdende Erscheinung sind diese Versuche keinesfalls zu betrachten.

Die Lasten, welche die Arbeiterversicherung den deutschen Unternehmern auferlegt hat, haben sich bisher in erträglichen Grenzen gehalten. Gewiß werden sie, zumal von mittleren und kleineren Unternehmern, manchmal schwer empfunden. Indessen darf nicht vergessen werden, daß diese Aufwendungen auch den Unternehmern solcher Länder nicht völlig erspart bleiben, in denen die soziale Versicherung noch fehlt, sondern wenigstens teilweise in Gestalt gesteigerten Armenaufwandes und privatrechtlicher Entschädigungsleistungen, wohl auch höherer Löhne, aufgebracht werden müssen. Zudem sind die sozialen Lasten nutzbringend auch für die Unternehmer. Die Summen, die ihnen für die Arbeiterversicherung entzogen werden, kommen ihnen durch die gesundheitliche und wirtschaftliche Hebung der Arbeiterschaft mittelbar wieder zugute.

Auch die von den Versicherungsträgern angesammelten Kapitalien sind der Volkswirtschaft nicht entzogen worden. Besonders die großen Vermögensanlagen der Versicherungsanstalten der Invalidenversicherung sind der allgemeinen Wohlfahrtspflege förderlich gewesen. Bis Ende 1911 waren für den Arbeiterwohnungsbau über 362 Millionen M. ausgeliehen, davon an Baugenossenschaften und andere Vereine 225 Millionen, an Versicherte 72 Millionen, an öffentlich rechtliche Verbände und Anstalten 44 Millionen, an Arbeitgeber 21 Millionen. Zur Befriedigung des landwirtschaftlichen Kreditbedürfnisses waren bis Ende 1911 über 114 Millionen M. dargeliehen. Die Darlehen zur Förderung der allgemeinen Wohlfahrtspflege betrugen bis Ende 1911 über 482 Millionen M., wovon über 105 Millionen auf den Bau von Krankenhäusern und dgl., 165 Millionen auf sonstige Einrichtungen der öffentlichen Gesundheitspflege, nahezu 82 Millionen auf die Forderung von Erziehung und Unterricht und über 130 Millionen für sonstige Wohlfahrtszwecke entfallen. Die aufstrebenden Gemeinden mit ihren vielgestaltigen Einrichtungen haben bei Deckung ihres Geldbedarfs stets Verständnis und Entgegenkommen bei den Versicherungsanstalten gefunden.

Hiernach kann das Gesamturteil über die deutsche Arbeiterversicherung nur günstig sein. Deutschland verdankt ihr eine leistungsfähige und arbeitsfreudige Arbeiterschaft. Daß der gewaltige Aufschwung der deutschen Volkswirtschaft mit der durchgreifenden Verbesserung der Lage des Arbeiters zeitlich zusammenfiel, ist kein Zufall. Auch das Ausland beginnt den Einfluß der sozialen Versicherung auf das Aufblühen von Industrie, Handel und Gewerbe mehr und mehr zu würdigen. Denn während längere Zeit hindurch nur in Oesterreich eine soziale Versicherung bestanden hat, haben neuerdings zahlreiche europäische Staaten in Anlehnung an das deutsche Vorbild eine Sozialversicherung der Arbeiter eingeführt[1]). Auch in außereuropäischen Staaten, insbesondere in Amerika, gewinnt der große und werbende Gedanke der Sozialversicherung fortschreitend an Boden."

[1]) Zu vgl. „Die Sozialversicherung in Europa nach dem gegenwärtigen Stande der Gesetzgebung in den verschiedenen Staaten und die Verträge europäischer Staaten auf dem Gebiete der Sozialversicherung." Bearbeitet im Reichsversicherungsamte. Ergänzter Neudruck, Januar 1913 (Berlin, Carl Heymann).

Sprechsaal.

Zur Anwendung der §§ 1510, 1511 RVO.

Die „Volkstüml. Zeitschr. f. prakt. Arbeiterversicherung" hat richtig erraten, daß wir die Ausführungen des Herrn Nawra (S. 92) nicht ohne Absicht „ganz hinten im Sprechsaal" gebracht haben. Daß dieser Saal nicht nach vorn heraus liegt, ist nun einmal in der Raumeinteilung unserer Zeitschrift begründet. Im übrigen ist es in der Tat die Stelle, an der wir u. a. auch Anregungen aus dem Leserkreise bringen, von denen wir annehmen, daß sie nach Inhalt oder Begründung eine Diskussion auslösen könnten. Daher der Name „Sprechsaal".

Die „Volkst. Zeitschr." bemerkt: „In der erwähnten Notiz wird nicht mehr und nicht weniger empfohlen, als den Unfallverletzten vom Beginn der 14. Woche nach dem Unfall ab das halbe Krankengeld zu eskamotieren." Das ist recht schlimm — von der „Volkst. Zeitschr."! Denn das Gegenteil ist wahr. Herr Nawra hat nur berichtet, daß bei einzelnen Kassen beabsichtigt werde, solange die Rente noch nicht festgesetzt ist, die Unfallentschädigung auf das halbe Krankengeld anzurechnen; und er hat ausdrücklich, wenn auch mit einer Begründung, die nicht den Beifall seines Gegners findet, ausgeführt, daß, solange die Höhe der Rente nicht feststeht, irgendwelche Anrechnung nicht erfolgen darf. Das ist genau das, worauf die weiteren Ausführungen der Volkst. Zeitschr. hinauskommen.

Eine sachliche Meinungsverschiedenheit besteht aber in einem anderen Punkte. Herr Nawra fügt nämlich hinzu: „Die Krankenkassen sind lediglich auf die §§ 1501 bis 1507 und ev. auf § 223 angewiesen." Dies bezeichnet sein Gegner als „unverständlich", als „absolute Rechtswidrigkeit", als „bureaukratische Willkür", „ein giftiges Gewächs, das ausgerodet werden muß". Mehr nicht! Man sieht: der Verfasser versteht, sich zu mäßigen, wo es sich einfach um einen Streit über die Auslegung einer gesetzlichen Bestimmung handelt. Er meint: § 223 lasse nur eine Aufrechnung, keine Anrechnung zu. Eine Aufrechnung aber sei nur denkbar, wenn eine ungerechtfertigte Bereicherung des Verletzten gegenüber der Kasse vorliege; und eine solche werde in normalen Fällen gar nicht eintreten, weil die Kasse nur die pflichtmäßigen Leistungen biete und dafür in gesetzlich begrenzten Rahmen Ersatz erhalte. „In normalen Fällen!" Aber es handelt sich doch bei der Erörterung des Herrn Nawra gerade um den Fall, daß die Kasse den ihr zustehenden Ersatz „im gesetzlich begrenzten Rahmen" durch Anrechnung der halben Rente auf das Krankengeld nicht erhalten hat und nicht erhalten konnte, weil die Rente noch nicht festgestellt war. Infolge dieses rein tatsächlichen Hindernisses hat der Versicherte in dem vollen Krankengelde einen Mehrbetrag erhalten, auf den er nach der klaren Vorschrift in § 1510 keinen Anspruch hatte. Er ist um den Mehrbetrag auf Kosten der Kasse ohne rechtlichen Grund bereichert, und die Kasse darf auf diese „zu Unrecht gewährte Kassenleistung" die späteren Ansprüche des Verletzten nach § 223 anrechnen.

Die Frage, ob die §§ 1510, 1511 RVO. überhaupt schon gelten, halten wir in bejahendem Sinne für erledigt durch den Erlaß des Reichskanzlers vom 19. November 1912 (Arb.-Versorgg. 1913 Nr. 1 S. 14). Danach ist der „Volkst. Zeitschr." — gegen Herrn Nawra — darin beizutreten, daß von der Ermächtigung des § 1511 schon jetzt Gebrauch gemacht werden kann, obwohl die Mustersatzungen noch nicht vorliegen. Durch den auffälligen Verzug in der Publikation dieser „Muster" oder Vorschläge kann doch die Geltung einer bereits in Kraft gesetzten Rechtsnorm nicht hinausgeschoben werden. Die Volkst. Zeitschr. rät übrigens ab, von der Ermächtigung Gebrauch zu machen, um die Bezüge des Verletzten nicht unbillig zu schmälern. Hierüber läßt sich streiten. Wir halten die Regelung, die sich aus § 1510 mit §§ 1501 ff. ergibt, für keine glückliche und befürchten das Wieder-

Digitized by Google

auftauchen alter Schwierigkeiten, Zweifel und Streitigkeiten, während § 1511 zu einer klaren, glatten und, wie uns scheint, nicht unbilligen Regelung führt: der Verletzte hat grundsätzlich keinen Anspruch auf Doppelbezüge, aber er erhält neben der Unfallrente auch noch Krankengeld, soweit dieses höher ist als die Rente.

* * *

Diese Bemerkungen waren bereits geschrieben, als ein Artikel des Herrn Nawra eintraf, worin er sich, persönlich und sachlich, mit begreiflicher Schärfe mit seinem Gegner auseinandersetzt. Wir haben ihn ersucht, im Hinblick auf unsere Bemerkungen auf die Veröffentlichung seiner Replik zu verzichten. Wir meinen, daß ihm auch persönlich keine bessere Genugtuung zuteil werden kann, als die, daß man den Ausdrucksformen, deren sich der Gegner bedient hat, möglichst weite Verbreitung schafft.

Beantwortung von Anfragen.

Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

a) Krankenversicherungspflicht eines Invalidenrentners. b) Treu und Glauben bei der Kassenverwaltung. c) Gebühr für Abholung der Beiträge. d) Geltung der §§ 328, 349 RVO.

1. Nach B. Antwort: a) Wenn ein Invalidenrentner durch Zeitungaustragen monatlich 7,20 M. verdient, so halten wir das für hinreichend, seine Krankenversicherungspflicht zu begründen (vgl. die Beispiele bei Hahn, Handb. der Krankenverf. S. 180, 181 Anm. 24a zu § 165 RVO.

b) Die Kasse muß, wie andere ehrliche Leute, den Additionsfehler in der Rechnung ihres Gläubigers nachträglich feststellen und den Restbetrag ihrer Schuld aus freien Stücken nachzahlen.

c) Wenn die Kasse von dem säumigen Arbeitgeber die Beiträge abholen läßt, so kann sie eine Gebühr hierfür nur fordern, wenn das Statut es nach näherer Vorschrift des § 56 Abs. 3 KVG. vorsieht. Wenn der Arbeitgeber dem Boten nicht zahlt, so kann die Kasse sofort die Zwangsbeitreibung nachsuchen.

d) § 328 Abs. 2 RVO. gilt noch nicht. Der § 349 RVO. gilt nur für die Besetzung der Kassenstellen, nicht aber für Vertragsänderungen, also z. B. bei einer bloßen Gehaltserhöhung.

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen den Unternehmer bei Unfallverletzung.

2. Nach Neustadt (Orla). Frage: Eine Arbeiterin eines unfallversicherungspflichtigen Betriebes wurde beim Betreten eines Arbeitsraumes von einem in diesem frei umherlaufenden Hunde, von dessen Anwesenheit sie vorher keine Kenntnis hatte, verletzt und ist von uns dieserhalb unterstützt worden. Hat die Krankenkasse gegen den Tierhalter, den Betriebsunternehmer, der in diesem Falle zweifellos die im Verkehr erforderliche Sorgfalt nicht beobachtet hat, einen Ersatzanspruch aus § 833 BGB. oder kommt dem Betriebsunternehmer die Schutzvorschrift des § 135 GUVG. zugute, wonach er der Krankenkasse gegenüber nur dann ersatzpflichtig ist, wenn vorher seine strafrechtliche Verurteilung erfolgte?

Antwort: Nicht § 135, sondern § 136 GUVG. oder jetzt § 903 RVO. kommt in Betracht; und diese Vorschrift ist allerdings in allen Fällen anwendbar derart, daß er eine zivilrechtliche Haftung, gleichviel auf Grund welcher Vorschrift, schlechthin ausschließt, wenn nicht eine strafgerichtliche Feststellung der Schuld erfolgt ist. Vorausgesetzt ist dabei selbstverständlich, daß es sich um einen Betriebsunfall handelt; aber dies scheint ja nach den Umständen nicht zweifelhaft zu sein.

Familienhilfe kann nicht deshalb versagt werden, weil der Angehörige freiwilliges Mitglied einer anderen Kasse ist.

3. Nach Berlin. Antwort: Der § 11 KVG., der nur für die Gemeindekrankenversicherung gilt, hat mit der Frage gar nichts zu tun; ebensowenig wie § 27 KVG. Beide schließen nur eine doppelte Mitgliedschaft aus. Der Familienangehörige eines Mitgliedes ist aber auf Grund sogenannter Nebenversicherung nicht selbst Kassenmitglied. In Frage steht nur § 21 Abs. 1 Ziff. 5 KVG. wonach Familienhilfe solchen Angehörigen gewährt werden kann, die nicht selbst dem Versicherungszwange unterliegen Dem entspricht § 8 Abs. 1 Ihres Statuts. Ein Angehöriger, der nur freiwillig bei einer anderen Kasse versichert ist, ist daher von der satzungsmäßigen Familienhilfe bei Ihrer Kasse nicht ausgeschlossen. Das stimmt auch mit der Rechtslage nach § 205 Ziff. 1 RVO. überein (Hahn, Handb. der Krankenverf. Anm. 2c zu § 205 S. 275). Demgemäß hat der Armenverband, der im vorliegenden Falle die Frau Ihres Mitgliedes unterstützt hat, zwei Schuldner, an die er sich nach § 57 KVG. halten kann. Die Kasse, die ihm Ersatz leistet, wird von der anderen anteilige Erstattung fordern können (§§ 421, 426 BGB.).

Wochengeld für eine Kindesmörderin.

4. Nach Ulm. Antwort: Das Wochengeld kann nicht versagt werden. Der § 26a Abs. 2 Ziff. 2 KVG. bietet keine Handhabe dafür, da die Wöchnerin durch die Straftat nicht die Kasse geschädigt hat.

Neue Betriebs- oder Innungskrankenkassen können im Jahre 1913 nicht ins Leben treten.

5. Nach K. Antwort: Es ist an sich wohl denkbar und statthaft, daß eine Innung mit dem Antrag auf Genehmigung einer neu errichteten Innungskrankenkasse (§§ 250, 252 RVO.) zugleich den Antrag auf Zulassung dieser Kasse verbindet (Art. 18 Abs. 2 Einf.Ges.) Aber der Zulassungsantrag muß nach Art. 6 der Verordnung vom 5. Juli 1912 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 489) bis zum Ablauf des 31. Dezember 1913 gestellt sein und setzt begrifflich eine in diesem Zeitpunkte bereits bestehende Kasse voraus. Deshalb ist er hinfällig, wenn nicht bis dahin die neu errichtete Kasse bereits gemäß § 324 Abs. 1 ins Leben getreten war. Demnach könnte nach dem 31 Dezember 1913 nur noch die Genehmigung der Neuerrichtung in Frage kommen. Mit Recht aber bemerkt der Erlaß des preuß. Ministers vom 15. Juli 1912 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 513) unter Ziff. 3, daß in der Zeit vom 1. Januar 1913 bis 1. Januar 1914 neue Betriebs- und Innungskrankenkassen nicht ins Leben treten können, weil sie wegen nicht rechtzeitiger Stellung des Zulassungsantrages alsbald geschlossen werden müßten (Art. 21 Einf.Ges.). Das ist freilich nur dahin zu verstehen, daß „alsbald" die Schließung zum 31. Dezember 1913 auszusprechen sein würde. Gleichwohl bleibt es richtig, daß die Kasse eben deshalb nicht genehmigt werden kann. Es kann nicht die Absicht des Gesetzes sein, die Errichtung neuer Kassengebilde auf eine gleich von vornherein abzusehende, kurze Lebensdauer zu ermöglichen; und es hat auch einen guten praktischen Zweck, daß das Inslebentreten neuer Kassen im Laufe des Jahres 1913 ausgeschlossen wird. Bei den in diesem Jahre zu lösenden Aufgaben der Kassenorganisation muß wenigstens mit einiger Sicherheit und Stetigkeit der im Bezirke bestehenden Verhältnisse gerechnet werden können. So ist es z. B. vielfach von Wichtigkeit, die voraussichtliche Mitgliederzahl der neu zu errichtenden allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen oder der zuzulassenden besonderen

Digitized by Google

Ortskrankenkassen zu berechnen. Aber diese Berechnung würde illusorisch sein, wenn noch im Laufe des Jahres jederzeit durch Errichtung neuer Betriebs- oder Innungskrankenkassen die Mitgliederzahl jener Kassen tatsächlich wesentlich zusammenschrumpfen könnte.

Das halbe Krankengeld statt Heilbehandlung gemäß § 27 Abs. 3 KVG.

6. **Nach G.** Antwort: Wir können ihre Auffassung nicht teilen. In der Auskunft 1907 S. 339 Ziff. 9 ist mit Bezug auf § 27 Abs. 3 KVG. von einer „Ermächtigung" der Kasse nur in dem Sinne die Rede, daß es in ihrem Ermessen liegt, eine dem § 27 Abs. 3 entsprechende Bestimmung in ihre Satzung aufzunehmen. Hat sie aber von dieser Ermächtigung Gebrauch gemacht, so hat, wie die Fassung klar ergibt, auch der Versicherte den Anspruch auf die Geldabfindung statt der Heilbehandlung und ist demgemäß nicht verpflichtet, Heilbehandlung durch eine gemäß § 57a KVG. ersuchte Kasse an Stelle des ihm zustehenden halben Krankengeldes anzunehmen (Arb.-Versorgg. 1908 S. 83). Nur insoweit der Versicherte die Behandlung durch die ersuchte Kasse tatsächlich angenommen und erhalten hätte, wäre sein Geldanspruch selbstverständlich erledigt (1910 S. 688). In jedem Fall aber ist die Kasse befugt, die auswärtige Kasse um Gewährung der Unterstützung (auch der bloßen Geldleistung) an den Versicherten zu ersuchen, was die Wirkung hat, daß der Versicherte von dieser Kasse nach den bei ihr geltenden Kontrollbestimmungen gehörig beaufsichtigt werden kann. Im Sinne dieser Ausführungen ist das Verhältnis auch aufgefaßt in Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1909 S. 22.

Zubilligung eines Ruhegehalts beim Ausscheiden eines Kassenbeamten.

7. **Nach K.** Antwort: Der Vorstand war allerdings befugt, beim Vertragsschluß mit dem Beamten ihm auch Anspruch auf Ruhegehalt zu bewilligen oder auch nachträglich eine entsprechende Aenderung des Vertrages vorzunehmen. Wenn dies aber bisher nicht geschehen ist und jetzt unmittelbar vor dem Ausscheiden des Beamten ihm ein „Ruhegehalt" von jährlich 50 M. ausgesetzt werden soll, so ist das ersichtlich eine freiwillige Zuwendung im Sinne einer Schenkung, und zu einer solchen Zuwendung ohne Rechtspflicht sind Kassenorgane grundsätzlich nicht befugt (§ 29 Abs. 2 KVG.). Man könnte vielleicht sagen, daß nach den Umständen, in Anbetracht der langjährigen Dienste, die Bewilligung eines solchen Jahresbezugs immerhin einer sittlichen Pflicht und einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entspricht (vgl. § 534 BGB.); indessen erscheint das doch nicht zweifelsfrei, und wir würden jedenfalls empfehlen, daß der Vorstand sich für alle Fälle der Billigung der Aufsichtsbehörde versichert, um sich vor der Verantwortung zu schützen (§ 42 KVG.).

Aufrechterhaltung der Kassenmitgliedschaft eines Abwesenden durch seine Frau.

8. **Nach Witten.** Frage: Ein Handwerksmeister war früher Pflichtmitglied. Nachdem er selbständig wurde, ist er freiwilliges Mitglied geblieben. Seit einigen Monaten ist er verschwunden. Sein Aufenthalt ist bisher nicht bekannt geworden. Die Frau führt das Geschäft weiter und zahlt auch die Beiträge fort. Nunmehr verweigert die Kasse die Annahme der Beiträge, weil die Mitgliedschaft des Mannes erloschen sei und die Frau sie nicht fortsetzen könne. Die Frau beruft sich auf das Statut, wonach die Mitgliedschaft erst durch mündliche oder schriftliche Austrittserklärung erlischt. Wer hat recht?

Antwort: Von einem Austritt kann nicht die Rede sein, da die Absicht, die Mitgliedschaft aufzugeben, in keiner Weise bekundet ist. Ebendeshalb weil mit der fortdauernden Absicht des Mannes, die Mitgliedschaft aufrecht zu erhalten, gerechnet werden muß, muß man auch annehmen, daß es seinem Willen entspricht, wenn die Frau die Beiträge für ihn weiterzahlt. Da der Grund seines Verschwindens einstweilen nicht aufgeklärt ist, liegt die Sache nicht anders, als wenn der Mann durch irgendeinen anderen Umstand nur tatsächlich verhindert wäre, seine Angelegenheiten zu besorgen.

Zur Krankenversicherungspflicht von Pförtnern und ihrer Frauen in Privathäusern.

9. **Nach Tempelhof.** Antwort: Es fragt sich zunächst, ob die Bedienung der Wasserversorgung und des Fahrstuhls in den Privathäusern überhaupt krankenversicherungspflichtig macht. Hierüber verweisen wir auf unsere Auskunft in 1911 S. 119 Ziff. 8d. Ist nach den Umständen die Versicherungspflicht zu bejahen, so trifft sie nicht nur den Pförtner allein, sondern auch seine Frau, die ihn in seiner Abwesenheit zu vertreten hat und auf deren Mitarbeit von vornherein gerechnet ist (vgl. zahlreiche Entscheidungen des Reichsversicherungsamts, wie sie besonders z. B. in der Ref.-Entsch. 1147 Amtl. Nachr. 1904 S. 504 erwähnt sind. Dann ist es auch richtig, daß bei Berechnung des Grundlohns der Gesamtentgelt in einem dem Maße der Beschäftigung ungefähr entsprechenden Verhältnis auf den Mann und die Frau verteilt wird.

Unfälle bei Befriedigung persönlicher Bedürfnisse sind der Regel nach keine Betriebsunfälle.

10. **Nach Erfurt.** Frage: Liegt in nachstehenden Fällen, wo Personen sich Verletzungen zugezogen haben, Betriebsunfall vor: a) wenn ein Lehrling auf einer Rodelbahn, welche innerhalb der Fabrikanlagen zwecks Erholung und Kräftigung des Körpers errichtet worden ist und welche nur während der Arbeitszeit in den verlängerten Pausen benutzt wird, verunglückt; b) wenn ein Arbeiter sich beim Baden in der in der Fabrik für dieselben errichteten Badeanstalt, durch Ausgleiten beim Zurechtmachen des Bades, verbrüht; c) wenn ein Arbeiter auf dem Hin- und Rückwege zur Bibliothek, Kantine, Abort, Pissoir, Speisesaal usw. sich verletzt; d) wenn ein Arbeiter während der Mittagszeit zwecks Erholung die innerhalb der Fabrik aufgestellten Bänke benutzt, durch einen unvorhergesehenen Zufall von derselben herunterfällt, sich dabei eine Verletzung zuzieht?

Antwort: In allen Fällen handelt es sich hier um Tätigkeiten, die der Befriedigung eigener Bedürfnisse der Verletzten dienen und deshalb der Regel nach nicht mehr dem Betriebe zuzurechnen sind (vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. 1 S. 111 Anm. 52 zu § 1 GUVG.), auch wenn die Gelegenheit zur Befriedigung dieser Bedürfnisse in den räumlichen Grenzen der Betriebsstätte geboten wird. Soweit Unfälle hierbei sich während der Arbeitspause oder nach Abschluß der Arbeit ereignen, ist übrigens auch schon der zeitliche Zusammenhang mit dem Betriebe gelöst (das. S. 93 Anm. 41). Wir nehmen daher in allen erwähnten Fällen an, daß ein Betriebsunfall nicht vorliegt, soweit nicht etwa der Unfall durch die Mangelhaftigkeit einer vom Unternehmer den Arbeitern bereitgestellten Einrichtung verursacht ist (vgl. Ref.-Entsch des Reichsversicherungsamts 513, Amtl. Nachr. 1888 S. 214) oder andere besondere Umstände es rechtfertigen, eine Betriebseinrichtung wenigstens als mitwirkende Ursache des Unfalls anzusehen.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Rentenausschüsse.

Vom 14. Februar 1913 [1]).

Auf Grund des § 123 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte (Reichs-Gesetzbl. 1911 S. 989) verordne ich nach Anhören des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte folgendes:

A. Einleitende Bestimmungen.

Vorsitzender, Beisitzer und Hilfsbeamte des Rentenausschusses.

§ 1.

Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt veröffentlicht im Reichsanzeiger die Namen der Vorsitzenden und ihrer Stellvertreter sowie den Ort, wo sich die Geschäftsräume der Rentenausschüsse befinden.

§ 2.

Der Vorsitzende des Rentenausschusses verpflichtet die Beisitzer (Versicherungsvertreter) spätestens in der ersten Verhandlung, zu der sie zugezogen werden, auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Amtspflichten eidlich (§ 139 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte).

Die Verpflichtung gilt für die Dauer der Wahlzeit. Im Falle der Wiederwahl genügt die Verweisung auf die frühere Verpflichtung.

§ 3.

Die Versicherungsvertreter haben folgenden Eid, der ihnen vorzusprechen ist, zu leisten:

„Sie schwören bei Gott dem Allmächtigen und Allwissenden, die Pflichten eines Versicherungsvertreters im Rentenausschusse getreulich zu erfüllen und Ihre Stimme nach bestem Wissen und Gewissen abzugeben."

Die Vertreter leisten den Eid, indem jeder einzelne die Worte spricht:

„Ich schwöre es, so wahr mir Gott helfe."

Der Schwörende hat bei der Eidesleistung die rechte Hand zu erheben.

Ueber die Verpflichtung ist eine Niederschrift aufzunehmen.

§ 4.

Der Vorsitzende verpflichtet im Auftrag des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt die Hilfsbeamten des Rentenausschusses, soweit dies nicht bereits anderweit geschehen ist, eidlich auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Amtspflichten.

Dieser Eid lautet: „Ich N. N. schwöre bei Gott dem Allmächtigen und Allwissenden, die Pflichten eines ... des Rentenausschusses für Angestelltenversicherung gewissenhaft zu erfüllen, so wahr mir Gott helfe."

Der Eid ist vorzusprechen. Der Schwörende hat bei der Eidesleistung die rechte Hand zu erheben.

Ueber die Verpflichtung ist eine Niederschrift aufzunehmen.

§ 5.

Die Versicherungsvertreter haben dem Vorsitzenden anzuzeigen, wenn durch eine Aenderung in ihren persönlichen Verhältnissen die Voraussetzungen ihrer Wählbarkeit (§ 151 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) wegfallen.

Werden dem Vorsitzenden von einem Versicherungsvertreter Tatsachen bekannt, die seine Wählbarkeit ausschließen oder eine grobe Verletzung seiner Amtspflicht darstellen (§ 138 des Versicherungsgesetzes für Angestellte), so hat der Vorsitzende den Versicherungsvertreter zu

[1]) Nr. 13 des Reichs-Gesetzbl. 1913; ausgegeben zu Berlin den 25. Februar 1913.

Digitized by Google

den Sitzungen einstweilen nicht zuzuziehen. Vor der Enthebung vom Amte ist dem Versicherungsvertreter Gelegenheit zur Aeußerung zu geben.

§ 6.

Der Vorsitzende des Rentenausschusses setzt im voraus für jedes Kalenderjahr, erforderlichenfalls für kürzere Abschnitte des Kalenderjahrs, die Reihenfolge fest, in der die Versicherungsvertreter und ihre Stellvertreter zu den mündlichen Verhandlungen zugezogen werden sollen.

Die Gründe, aus denen in Ausnahmefällen von der im Abs. 1 festgesetzten Reihenfolge abgewichen wird, sind in den Akten zu vermerken.

Innerer Geschäftsgang.

§ 7.

Alle Bescheide, Beschlüsse, Anordnungen, Verfügungen, Ersuchen, Berichte usw. ergehen unter dem Namen des Rentenausschusses. Hat mündliche Verhandlung unter Zuziehung von Beisitzern stattgefunden, so ist dies anzugeben.

§ 8.

Der Vorsitzende führt die Geschäfte und Verhandlungen des Rentenausschusses, zeichnet die Verfügungen und Entscheidungen und vollzieht die Reinschriften — vorbehaltlich der §§ 11, 62 —. Er regelt, leitet und beaufsichtigt den Geschäftsgang bei dem Rentenausschusse.

Der Tag des Einganges ist auf den eingehenden Schriftstücken zu vermerken.

§ 9.

Der Vorsitzende des Rentenausschusses hat in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung Auskunft zu geben. Die mündliche Auskunft wird in Dienststunden erteilt, die dem Bedürfnis entsprechend zu bemessen und in geeigneter Weise bekannt zu geben sind.

Der Vorsitzende ist befugt, mit der Auskunfterteilung seinen Stellvertreter oder andere geeignete Beamte zu beauftragen.

Der Antragsteller kann auf schriftliche Anfrage verwiesen werden.

§ 10.

Bei Behinderung des Vorsitzenden tritt an seine Stelle, vorbehaltlich des § 62, der dienstälteste oder der von dem Vorsitzenden besonders bestimmte Stellvertreter.

Dabei bleibt dem Vorsitzenden die Befugnis vorbehalten, im einzelnen Falle eine Amtshandlung selbst zu übernehmen.

Ausfertigungen und Abschriften, Vereinfachung des Geschäftsganges.

§ 11.

Ausfertigungen und Abschriften sind als solche zu bezeichnen.

Die Ausfertigungen werden am Schlusse mit dem Siegel des Rentenausschusses (§ 12) versehen und entweder vom Vorsitzenden unterzeichnet oder auf seine Anordnung von einem Bureau- oder Kanzleibeamten des Rentenausschusses in der Weise vollzogen, daß unter die einschließlich der Unterschrift gefertigte Abschrift gesetzt wird:

„Beglaubigt"

und daß der Beamte diesen Zusatz unter Bezeichnung seiner Amtseigenschaft unterschreibt.

Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte kann, soweit es sich nicht um Verfügungen mit entscheidendem Inhalt (§ 43) handelt, anordnen oder genehmigen, daß und in welcher Form der Erlaß einfacher Verfügungen, insbesondere vorbereitender, prozeßleitender und ähnlicher Art, sowie die Vollziehung der Reinschriften durch einen Bureau- oder Kanzleibeamten geschehen darf.

Siegel. Geschäftssprache.

§ 12.

Der Rentenausschuß führt das Siegel der Reichsversicherungsanstalt mit der Bezeichnung des Rentenausschusses und seines Sitzes.

Für die Geschäftssprache vor dem Rentenausschusse gelten die §§ 186 bis 193 des Gerichtsverfassungsgesetzes entsprechend. Schriftstücke, die nicht in deutscher Sprache abgefaßt sind, brauchen nicht berücksichtigt zu werden.

B. Ordnung des Verfahrens.

I. Allgemeine Bestimmungen.

Oertliche Zuständigkeit.

§ 13.

Im Falle des § 216 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist der Rentenausschuß des Beschäftigungsorts, im Falle des § 347 des Versicherungsgesetzes für Angestellte sowohl der Rentenausschuß des Wohnorts des Beschuldigten als auch der Rentenausschuß, in

Digitized by Google

dessen Bezirk die strafbare Handlung begangen worden ist, zuständig.

Im übrigen gelten für die örtliche Zuständigkeit die gesetzlichen Vorschriften.

Mündliche Verhandlung, Zuziehung von Beisitzern.

§ 14.

Die Entscheidung wird vom Vorsitzenden entweder allein oder unter Zuziehung von Beisitzern getroffen. Im ersteren Falle kann, im letzteren muß mündlich verhandelt werden.

Mündliche Verhandlung unter Zuziehung von Beisitzern muß stattfinden,

wenn es sich um Feststellung von Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit handelt, ferner in den Fällen der §§ 24, 46, 68, 69, § 75 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Mündliche Verhandlung findet jedoch nicht statt, wenn

1. Versicherungsträger und Versicherter über Grund und Höhe des erhobenen Anspruchs einig sind,
2. es sich lediglich um die Höhe des Ruhegeldes handelt,
3. es sich um die Erfüllung der Wartezeit handelt, es sei denn, daß die Entscheidung von der Feststellung der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung oder des Beginns der Berufsunfähigkeit abhängt,
4. der Rentenempfänger ausdrücklich erklärt hat, keinen Anspruch auf Weitergewährung des Ruhegeldes oder der Rente zu haben, und der Akteninhalt diese Erklärung rechtfertigt,
5. lediglich der Zeitpunkt des Wegfalls des Ruhegeldes oder der Rente in Frage steht.

Der Vorsitzende kann nach seinem Ermessen ohne mündliche Verhandlung entscheiden, sofern bei Feststellung der Leistungen lediglich Aufrechnung streitig ist.

§ 15.

Der Vorsitzende kann auch in anderen als den im § 14 bezeichneten Fällen, insbesondere in denen der §§ 11, 13, 210, 211, 340 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, nach seinem Ermessen mündliche Verhandlung mit oder ohne Zuziehung von Beisitzern anordnen.

Wird mit Beisitzern entschieden, so ist je ein Versicherungsvertreter der Arbeitgeber und der versicherten Angestellten zuzuziehen.

Die Verhandlungen, die nicht die Feststellung der Leistungen betreffen, sind nicht öffentlich.

Anträge.

§ 16.

Die Anträge sind schriftlich oder mündlich zu stellen.

Wird ein Antrag mündlich gestellt, so ist darüber eine Niederschrift zu fertigen.

Die Anträge sollen den Anspruch bestimmt bezeichnen, sowie die Tatsachen und Beweismittel angeben, die zu seiner Begründung dienen.

Ist diesen Erfordernissen nicht vollständig genügt, insbesondere der Antrag nicht hinreichend bestimmt, so hat der Vorsitzende des Rentenausschusses die Ergänzung zu veranlassen. Er hat auch dahin zu wirken, daß die Parteien die angemessenen und sachdienlichen Anträge stellen.

Vertretung der Parteien.

§ 17.

Die Schriftsätze müssen entweder von dem Antragsteller selbst oder seinem gesetzlichen Vertreter oder von einem Bevollmächtigten unterzeichnet sein.

§ 18.

Die Beistände prozeßfähiger Personen, die mit diesen erschienen sind, sind neben den Parteien auf deren Verlangen zu hören.

§ 19.

Die Prozeßfähigkeit der Parteien, die Vertretungsbefugnisse sowie die Vollmachten sind von Amts wegen zu prüfen. Der Vorsitzende hat darauf hinzuwirken, daß etwaige Mängel beseitigt werden.

§ 20.

Für nicht prozeßfähige Parteien ohne gesetzlichen Vertreter hat der Vorsitzende die Bestellung eines solchen (Vormundes oder Pflegers) zu veranlassen. Bis zu dessen Eintritt kann der Vorsitzende der Partei für das Verfahren einen besonderen Vertreter bestellen. Diesem stehen in dem Verfahren alle Parteirechte außer der Empfangnahme von Zahlungen zu.

Das gleiche gilt, wenn der Aufenthaltsort der Partei oder ihres gesetzlichen Vertreters unbekannt oder vom Sitze des Versicherungsamts weit entfernt ist.

Die nicht prozeßfähige Partei ist auf ihr Verlangen selbst zu hören.

§ 21.

Die Vollmacht muß schriftlich erteilt werden. Ehegatten, Verwandte oder Verschwägerte der

Digitized by Google

aufsteigenden Linie und volljährige Verwandte oder Verschwägerte der absteigenden Linie können auch ohne den Nachweis einer schriftlichen Vollmacht zur Vertretung zugelassen werden. Dasselbe gilt von den im § 257 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bezeichneten Personen; indessen ist diesen die Nachbringung einer schriftlichen Vollmacht aufzugeben. Die Partei muß die Prozeßführung gegen sich gelten lassen, wenn sie auch nur mündlich Vollmacht erteilt oder wenn sie die Prozeßführung ausdrücklich oder stillschweigend genehmigt hat.

Die Vorschriften des Versicherungsgesetzes für Angestellte über die Zurückweisung von Bevollmächtigten und Beiständen (§ 257 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) gelten für das Verfahren vor dem Rentenausschuß auch außerhalb der Fälle, für die jene Vorschriften getroffen sind.

Beifügung von Abschriften.

§ 22.

Von den eingereichten Schriftstücken ist für jeden Beteiligten eine Abschrift beizufügen. Der Vorsitzende des Rentenausschusses kann jedoch die Einreichung von Abschriften der Schriftstücke erlassen. Er kann auch die erforderlichen Abschriften anfertigen lassen und die Kosten dafür vom Antragsteller einziehen.

Mitteilung des Antrags an die Beteiligten.

§ 23.

Jedem Beteiligten wird der Antrag oder der wesentliche Inhalt des Antrags mit dem Anheimgeben mitgeteilt, binnen einer bestimmten Frist, die in der Regel nicht länger als zwei Wochen zu bemessen ist, eine Gegenerklärung abzugeben. Dabei ist darauf hinzuweisen, daß auch verhandelt und entschieden werden kann, wenn die Gegenerklärung nicht innerhalb der Frist abgegeben sei. Für die Beifügung von Abschriften der Gegenerklärung gilt § 22 entsprechend.

Die Frist zur Gegenerklärung kann auf Antrag verlängert werden.

Der Inhalt der Gegenerklärung ist nach dem Ermessen des Vorsitzenden des Rentenausschusses dem Antragsteller mitzuteilen.

Akteneinforderung.

§ 24.

Wenn die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte oder der sonst Verpflichtete dem Rentenausschusse die Vorverhandlungen nicht gleichzeitig mit dem Antrag auf Entscheidung oder mit der Gegenerklärung eingereicht hat, so hat der Vorsitzende des Rentenausschusses sie unverzüglich einzufordern.

Die Vorverhandlungen umfassen die sämtlichen Schriftstücke über den Anspruch, die bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte oder bei dem sonst Verpflichteten vorhanden sind, einschließlich derjenigen, welche sich in Vorakten befinden oder etwa im Laufe des Verfahrens neu entstanden sind. Die neuen Schriftstücke sind auch ohne Auffordern unverzüglich nachzureichen.

Zuziehung Dritter.

§ 25.

Dritte, die an dem Ausgang des Verfahrens ein berechtigtes Interesse haben, können vom Vorsitzenden des Rentenausschusses auf Antrag oder von Amts wegen zum Verfahren zugezogen werden.

Solche Dritte sind auch ohne Zuziehung jederzeit berechtigt, dem Verfahren beizutreten, Ausführungen zu machen und Anträge zu stellen.

Sie sind im Falle der Zuziehung oder des Beitritts von dem Gange und dem Ausgang des Verfahrens in Kenntnis zu setzen.

Klarstellung des Sachverhalts.

§ 26.

Für die Vorbereitung der Entscheidung und für die Klarstellung des Sachverhalts gelten die §§ 252, 241 bis 249 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auch in anderen als den dort vorgesehenen Fällen entsprechend.

Der Vorsitzende soll zu Ermittelungen über die persönlichen Verhältnisse der Versicherten tunlichst die Vertrauensmänner heranziehen.

§ 27.

Sollen in oder außerhalb einer mündlichen Verhandlung Beweise erhoben, insbesondere Zeugen oder Sachverständige vernommen werden, so ist den Beteiligten eine Nachricht über Zeit, Ort und Gegenstand der Beweisverhandlung mit dem Bemerken zuzustellen, daß ihnen die Anwesenheit bei der Vernehmung auf ihre Kosten freistehe.

Zwischen der Benachrichtigung und dem Tage der Beweisverhandlung soll in der Regel ein Zeitraum von mindestens drei Tagen liegen.

Die Beteiligten sind berechtigt, den Zeugen oder Sachverständigen oder einem anderen Beteiligten diejenigen Fragen vorlegen zu lassen,

Digitized by Google

welche sie zur Aufklärung der Sache für dienlich halten. Der Vorsitzende kann ihnen gestatten, selbst Fragen zu stellen. Zweifel über die Zulässigkeit einer Frage entscheidet der Vorsitzende.

§ 28.

Der Vorsitzende kann das persönliche Erscheinen jedes Beteiligten zur Erörterung des gestellten Antrags oder zu einer Beweiserhebung anordnen. In diesem Falle ist dem Geladenen zu eröffnen, daß ihm auf Verlangen dafür bare Auslagen und Zeitverlust vergütet werden, und daß aus dem Nichterscheinen ungünstige Schlüsse für seinen Anspruch gezogen werden können.

§ 29.

Neben dem persönlichen Erscheinen oder an dessen Stelle kann der Vorsitzende zur Aufklärung des Sachverhalts dem Versicherten ausnahmsweise gestatten, sich auf Kosten der Reichsversicherungsanstalt (§§ 30 bis 33) einen Vertreter zu nehmen. Der Vorsitzende bestimmt Art und Umfang der Vertretung; er kann auch den Vertreter selbst bestimmen.

§ 30.

Dem Vertreter werden auf seinen Antrag die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung aufgewendeten Auslagen erstattet, auch kann ihm für seine Mühewaltung eine angemessene Vergütung gewährt werden. Die Vergütung für die Mühewaltung darf 50 M. nicht übersteigen. Der Antrag ist an den Vorsitzenden zu richten, die Unterlagen für die Berechnung sind glaubhaft zu machen.

Die baren Auslagen werden besonders erstattet; der Vorsitzende kann sie auch in die Vergütung einbeziehen oder neben der Vergütung einen Pauschbetrag festsetzen.

Reisekosten werden nur erstattet, wenn der Vorsitzende zur Ausführung der Reise vorher ermächtigt hatte. Nachträgliche Genehmigung ist ausnahmsweise statthaft, wenn die Reise notwendig war.

Für den durch eine Reise verursachten Zeitaufwand kann neben der Vergütung des Abs. 1 eine besondere Entschädigung gewährt werden, die 50 M. nicht überschreiten darf.

Als Reise gilt nicht eine Fahrt im Orts-, Vororts- oder Nachbarortsverkehre. Der Vorsitzende kann mit Zustimmung der Reichsversicherungsanstalt hierüber näheres bestimmen.

§ 31.

Sind mehrere Streitfälle zu gemeinsamer Verhandlung und Entscheidung verbunden, so werden die nach § 30 zu zahlenden Beträge nur einmal gewährt, insoweit nicht durch die Behandlung eines Falles besondere Kosten entstanden sind.

§ 32.

Die Kosten werden nach den §§ 29 bis 31 auch dann erstattet, wenn der Vertretene unterliegt.

Weitere Kosten werden auch im Falle des Obsiegens nicht erstattet.

§ 33.

Die Entscheidungen, die der Vorsitzende nach den §§ 29 bis 32 trifft, sind endgültig.

§ 34.

Den Zeugen und Sachverständigen ist mit der Ladung der Gegenstand ihrer Vernehmung mitzuteilen. Aus besonderen Gründen, namentlich zur Herbeiführung einer unbeeinflußten, wahren Aussage, kann hiervon abgesehen werden. Die Gründe sind in den Akten zu vermerken.

§ 35.

Ueber die Beweisaufnahme ist unter Zuziehung eines vereidigten oder durch Handschlag verpflichteten Schriftführers eine Niederschrift aufzunehmen.

Den Zeugen und Sachverständigen ist ihre niedergeschriebene Aussage unmittelbar nach der Vernehmung vorzulesen oder zur Durchsicht vorzulegen und Gelegenheit zur Berichtigung und Ergänznng zu geben. In der Niederschrift ist zu bemerken, daß sie vorgelesen oder vorgelegt und daß sie genehmigt ist, oder welche Einwendungen erhoben sind.

§ 55 Abs. 2, § 56 Abs. 2 sind anzuwenden.

Ueber das Ergebnis eines Augenscheins außerhalb der mündlichen Verhandlung kann in einfacheren Fällen der Vorsitzende oder der von ihm beauftragte Versicherungsvertreter allein eine Feststellung zu den Akten bringen.

Abs. 1 bis 3 und § 27 gelten nicht für eine lediglich vorbereitende Befragung von Auskunftspersonen einschließlich der Fälle des § 26 Abs. 2.

§ 36.

Bei der Frage nach der Versicherungspflicht oder dem Recht zur freiwilligen Versicherung erstreckt sich die Aufklärung des Sachverhalts insbesondere auf folgendes:

1. ob und gegebenenfalls welche Familienbeziehungen zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherten bestehen oder bestanden haben,

Digitized by Google

2. ob der Versicherte erst im vorgeschrittenen Alter in die Versicherung eingetreten ist oder nur verhältnismäßig wenige Beiträge geleistet sind, aus welchen Gründen dies geschehen ist und wie seine wirtschaftlichen Verhältnisse vor und während der Versicherungszeit gewesen sind.

Unterbrechung des Verfahrens.

§ 37.

Die Vorschriften des § 239 Abs. 1, 2 und der §§ 241, 249 der Zivilprozeßordnung über die Unterbrechung des Verfahrens gelten entsprechend.

Mitteilung neuen Vorbringens und der Beweisergebnisse.

§ 38.

Vor der Entscheidung über zulässige und rechtzeitige Anträge soll den Beteiligten von erheblichem neuem tatsächlichen Vorbringen der Gegner und von Beweiserhebungen, die ohne ihre rechtzeitige Benachrichtigung (§ 27 Abs. 2) in ihrer Abwesenheit stattgefunden haben, Kenntnis und Gelegenheit zur Aeußerung binnen angemessener Frist gegeben werden.

Entscheidung.

§ 39.

Der Rentenausschuß entscheidet innerhalb der erhobenen Ansprüche nach freiem Ermessen.

§ 40.

In der Entscheidung werden die nach § 311 des Versicherungsgesetzes für Angestellte einem Beteiligten etwa auferlegten Kosten festgesetzt.

§ 41.

Die Kosten (§ 40) werden wie Gemeindeabgaben beigetrieben.

§ 42.

Am Schlusse der Entscheidung, die über einen Anspruch ergeht, ist darauf hinzuweisen, ob ein Rechtsmittel und zutreffendenfalls welches Rechtsmittel gegen sie gegeben, innerhalb welcher Frist, wie und wo es einzulegen ist (§§ 270, 328, 329 des Versicherungsgesetzes für Angestellte).

§ 43.

Entscheidungen werden schriftlich abgefaßt. Soweit sie durch ein Rechtsmittel anfechtbar sind, müssen sie mit Gründen versehen werden, in anderen Fällen können die Gründe beigefügt werden. Den Beteiligten sind die Entscheidungen und Gründe in Ausfertigung (§ 11) zuzustellen (§§ 335, 336 des Versicherungsgesetzes für Angestellte).

Ueber die Art der Zustellung kann das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt näheres bestimmen.

§ 44.

Für die Kostenentscheidung sowie für die Berichtigung und Ergänzung der Entscheidung sind die Vorschriften der §§ 261, 264, 265, 311 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auch außerhalb der darin vorgesehenen Fälle entsprechend anzuwenden.

§ 45.

§ 310 des Versicherungsgesetzes für Angestellte findet auch auf andere Entscheidungen des Rentenausschusses als die über Leistungen der Reichsversicherungsanstalt Anwendung.

II. Verfahren mit mündlicher Verhandlung.

Verhandlungsort.

§ 46.

Die mündliche Verhandlung findet in der Regel am Sitze des Rentenausschusses statt. Der Vorsitzende ist jedoch befugt, die Verhandlung an einem anderen Orte des Bezirkes des Rentenausschusses anzuberaumen.

Verhandlungszeit.

§ 47.

Von Ort und Zeit der mündlichen Verhandlung sind die Beteiligten zu benachrichtigen, und zwar in der Regel durch eingeschriebenen Brief oder gegen Postzustellungsurkunde. Wird einer der Beteiligten durch einen Bevollmächtigten vertreten, so wird dieser benachrichtigt; beide werden benachrichtigt, wenn das persönliche Erscheinen eines der Beteiligten angeordnet ist. Sind mehrere Bevollmächtigte einer Partei vorhanden, so genügt die Zustellung an einen Bevollmächtigten. Ein Ausweis über die Zustellung soll zu den Akten gebracht werden.

§ 48.

Zwischen der Mitteilung der Verhandlungszeit und dieser selbst soll regelmäßig ein Zeitraum von mindestens einer Woche liegen. Die Gründe für eine Abweichung von der Regel sind aktenkundig zu machen.

Digitized by Google

§ 49.

Die Parteien sind in der Mitteilung von der Verhandlungszeit darauf hinzuweisen, daß ihre Ansprüche von Amts wegen geprüft werden, daß ihr persönliches Erscheinen oder das Erscheinen eines Vertreters nicht erforderlich ist, und daß auch im Falle ihres Ausbleibens verhandelt und entschieden werden kann. Bei der Anordnung des persönlichen Erscheinens einer Partei ist ihr zu eröffnen, daß ihr auf Verlangen bare Auslagen und Versäumnis vergütet werden (§ 253 Abs. 2, § 261 des Versicherungsgesetzes für Angestellte), und daß aus dem Nichterscheinen ungünstige Schlüsse für ihren Anspruch gezogen werden können.

§ 50.

Die Reihenfolge der Sachen, die zur mündlichen Verhandlung gelangen, wird durch den Vorsitzenden bestimmt und durch Aushang vor dem Sitzungszimmer bekannt gemacht; die Sachen werden nach Aufruf in der Regel in der Reihenfolge erledigt, wie sie der Aushang ergibt.

Verhandlung.

§ 51.

Gegen Personen, die auf Grund des § 258 des Versicherungsgesetzes für Angestellte aus dem Sitzungszimmer entfernt worden sind, wird in gleicher Weise verfahren, wie wenn sie sich freiwillig entfernt hätten.

§ 52.

Wird bei der Verhandlung ein Bevollmächtigter oder Beistand zurückgewiesen (§ 257 des Versicherungsgesetzes für Angestellte), ohne daß dies der Partei vorher rechtzeitig angedroht worden ist, so ist, falls die Partei nicht erschienen ist oder falls sie es beim Erscheinen auf Befragen beantragt, die Verhandlung auszusetzen und eine neue Verhandlungszeit anzuberaumen.

§ 53.

Die mündliche Verhandlung wird vom Vorsitzenden geleitet und beginnt mit der Darstellung des Sachverhalts durch ihn oder durch eine andere von ihm hierzu bestimmte, beim Rentenausschusse beschäftigte Person.

Demnächst sind die erschienenen Beteiligten zu hören. Der Vorsitzende hat das Sach- und Streitverhältnis mit ihnen zu erörtern und dahin zu wirken, daß sie über alle erheblichen Tatsachen sich vollständig erklären sowie die angemessenen und sachdienlichen Anträge stellen.

Die Anträge können ergänzt, berichtigt oder geändert werden.

Der Vorsitzende hat den Versicherungsvertretern auf Verlangen zu gestatten, Fragen an die erschienenen Parteien, Parteivertreter, Beistände, Zeugen und Sachverständigen zu stellen. Zweifel über die Zulässigkeit der Fragen entscheidet der Vorsitzende.

Beschließt der Rentenausschuß eine Beweiserhebung, so soll die Aufnahme des Beweises, soweit dies tunlich ist, sofort erfolgen; insbesondere sollen Zeugen und Sachverständige, deren Vernehmung zweckdienlich erscheint, sofort vernommen werden, falls sie zur Stelle sind oder unverzüglich gestellt werden können. Im übrigen kann der Rentenausschuß die Ausführung des Beschlusses dem Vorsitzenden übertragen.

Niederschrift.

§ 54.

Ueber die mündliche Verhandlung ist auch außerhalb der im Gesetze vorgesehenen Fälle (§ 263 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) durch einen verpflichteten Schriftführer eine Niederschrift aufzunehmen.

Sie enthält Ort und Tag der Verhandlung, die Bezeichnung der verhandelten Sache, ferner den Namen und die Amtsbezeichnung des Vorsitzenden und des Schriftführers sowie Namen und Beruf des Vertreters der Arbeitgeber, des Vertreters der versicherten Angestellten und des etwa zugezogenen Dolmetschers unter Bezeichnung der Eigenschaft, in der sie mitwirken, schließlich die Namen der erschienenen Beteiligten, Vertreter und Beistände sowie die Angabe, ob öffentlich verhandelt oder die Oeffentlichkeit ausgeschlossen ist.

§ 55.

Die Niederschrift hat den Gang der Verhandlung im allgemeinen wiederzugeben. Insbesondere sind aufzunehmen

1. Erklärungen der Beteiligten, welche die Zurücknahme eines Antrags bezwecken, Anerkenntnisse, Verzichtleistungen und Vergleiche sowie andere Parteierklärungen, namentlich Geständnisse, deren Feststellung der Rentenausschuß beim Schlusse der mündlichen Verhandlung für angemessen erachtet,
2. solche Anträge und erheblichen Erklärungen der Beteiligten, welche von dem Inhalt der Schriftsätze abweichen,
3. die Aussagen der Zeugen und Sachverständigen und die Feststellung, ob sie beeidigt sind oder nicht,

Digitized by Google

4. das Ergebnis eines Augenscheins,
5. die Entscheidungen des Rentenausschusses (Bescheid- oder Beschlußformel, Inhalt der Verfügungen),
6. ein Vermerk über Verkündung der Entscheidungen, soweit diese vorgeschrieben ist (§ 262 des Versicherungsgesetzes für Angestellte und § 59).

Der Aufnahme in die Niederschrift steht die Aufnahme in eine Schrift gleich, die der Niederschrift als Anlage beigefügt, als solche vom Vorsitzenden und Schriftführer gekennzeichnet und in der Niederschrift aufgeführt ist.

§ 56.

Die Niederschrift ist, soweit sie die Nummern 1 bis 3 des § 55 betrifft, den Beteiligten vorzulesen oder zur Durchsicht vorzulegen. In der Niederschrift ist zu bemerken, daß dies geschehen und die Genehmigung erfolgt ist oder welche Einwendungen erhoben sind.

Die Niederschrift ist von dem Vorsitzenden und dem Schriftführer zu unterzeichnen. Ist der Vorsitzende verhindert, so genügt die Unterschrift des Schriftführers. Die Tatsache der Verhinderung des Vorsitzenden ist in der Niederschrift zu vermerken.

Mitwirkende an den Entscheidungen.

§ 57.

Bei den Entscheidungen dürfen nur Mitglieder mitwirken, vor denen die mündliche Verhandlung stattgefunden hat.

Beratung und Abstimmung.

§ 58.

Die Beratung und Beschlußfassung sind nicht öffentlich. Außer den zur Entscheidung Berufenen und dem Schriftführer dürfen nur diejenigen bei dem Rentenausschusse beschäftigten Personen zugegen sein, welchen der Vorsitzende des Rentenausschusses die Anwesenheit zu ihrer Ausbildung gestattet hat.

Bei der Abstimmung (§ 260 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) stimmen zunächst die Versicherungsvertreter, und zwar zuerst der dem Lebensalter nach jüngere. Die §§ 196, 197 des Gerichtsverfassungsgesetzes gelten entsprechend.

Die Abstimmung der einzelnen Mitglieder darf keinen schriftlichen Ausdruck finden.

Ueber den Hergang bei der Beratung und über das Stimmenverhältnis ist zu schweigen.

Verkündung.

§ 59.

Die Entscheidungen, die im Feststellungsverfahren auf Grund mündlicher Verhandlung ergehen, sind öffentlich zu verkünden, auch wenn die Oeffentlichkeit der Verhandlung ausgeschlossen war. Die Gründe werden verkündet, soweit dies für erforderlich gehalten wird.

§ 60.

Die Verkündung der Entscheidung kann auf eine spätere Sitzung vertagt werden, die in der Regel sofort anzuberaumen ist und binnen einer Woche stattfinden soll.

Schriftliche Abfassung der Entscheidung.

§ 61.

Die Entscheidung wird schriftlich abgefaßt. Sie enthält eine gedrängte Darstellung des Sachverhalts unter Hervorhebung der Anträge (Tatbestand) und die Entscheidungsgründe (§ 43); äußerlich davon zu sondern ist die Entscheidungsformel.

Im Eingang der Entscheidung sind die Beteiligten und ihre gesetzlichen Vertreter, der Rentenausschuß, der Vorsitzende, die Beisitzer, die an der Entscheidung teilgenommen haben, aufzuführen. Auch ist der Sitzungstag, an dem die Entscheidung ergangen ist, zu bezeichnen und anzugeben, ob mündlich verhandelt ist.

§ 62.

Die Urschrift der Entscheidung wird von dem Vorsitzenden, sofern er aber behindert ist, für ihn von dem an Lebensjahren ältesten Beisitzer unterzeichnet.

Erteilung von Ausfertigungen und Abschriften.

§ 63.

Die Ausfertigung der Entscheidung soll binnen zwei Wochen nach der Entscheidung den Beteiligten oder ihren gesetzlichen Vertretern zugestellt werden.

§ 64.

Ist ein Beteiligter durch einen Bevollmächtigten vertreten, so ist diesem die Ausfertigung zuzustellen. Sind mehrere Bevollmächtigte einer Partei vorhanden, so genügt die Zustellung an einen Bevollmächtigten.

Digitized by Google

Oeffentlichkeit des Verfahrens.

§ 65.

Ueber die Ausschließung der Oeffentlichkeit (§ 255 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) ist in nicht öffentlicher Sitzung zu verhandeln, wenn ein Beteiligter es beantragt oder der Rentenausschuß es für angemessen erachtet.

§ 66.

Für die Verkündung der Urteilsgründe oder eines Teiles der Gründe kann die Oeffentlichkeit ausgeschlossen werden, wenn sie eine Gefährdung des öffentlichen Wohles oder der Sittlichkeit besorgen läßt, oder ein Beteiligter es beantragt.

Verhandlungen außerhalb der Sitzung.

§ 67.

Verhandlungen außerhalb der Sitzung — insbesondere Beweisaufnahmen (§§ 27 bis 35) — sind nicht öffentlich.

III. Sonderbestimmungen für die Feststellung von Leistungen.

§ 68.

Den Anträgen auf die Leistungen der Angestelltenversicherung, die an den Rentenausschuß zu richten sind, sind die zu ihrer Begründung dienenden Beweisstücke beizufügen, und zwar insbesondere die in den §§ 69 bis 75 bezeichneten Urkunden. Für die Gebühren- und Stempelfreiheit dieser Urkunden gelten die §§ 337, 338 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

An Stelle der danach erforderlichen Sterbeurkunde des Versicherten ist gegebenenfalls eine Erklärung der Gemeindebehörde über seine Verschollenheit beizubringen (§ 33 des Versicherungsgesetzes für Angestellte).

§ 69.

Beim Anspruch auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit sollen die Versicherungskarten, die Bescheinigungen über Krankheitszeiten, militärische Dienstleistungen oder den Besuch einer staatlich anerkannten Lehranstalt (§ 54 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) und etwaige Nachweise über die Beitragsleistung bei einer Ersatzkasse vorgelegt werden.

§ 70.

Beim Anspruch auf Ruhegeld wegen Alters ist der Geburtsschein vorzulegen.

Im übrigen gilt § 69.

§ 71.

Beim Anspruch auf Witwenrente sind, soweit der Verstorbene nicht bereits Ruhegeld bezogen hat, die Heirats- und Sterbeurkunde vorzulegen. Daß die Witwe nicht wieder geheiratet hat, ist glaubhaft zu machen; eidesstattliche Versicherung ist zugelassen.

Im übrigen gilt § 69.

§ 72.

Beim Anspruch auf Witwerrente sind die Heirats- und Sterbeurkunde vorzulegen, auch ist glaubhaft zu machen, daß der Witwer nicht wieder geheiratet hat; eidesstattliche Versicherung ist zugelassen. Ferner sind vorzulegen eine Bescheinigung der Gemeindebehörde über die Bedürftigkeit des Witwers, endlich auch eine Bescheinigung der Gemeindebehörde des letzten Wohnorts der Verstorbenen darüber, daß diese wegen Erwerbsunfähigkeit ihres Ehemanns den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hat.

Im übrigen gilt § 69.

§ 73.

Beim Anspruch auf Waisenrente sind vorzulegen die Geburtsurkunden der Waisen, die etwa vorhandenen Bestallungen der Vormünder oder Pfleger, ferner die zur Begründung des Anspruchs erforderlichen Heirats- und Sterbeurkunden, die Bescheinigung der Gemeindebehörde des Wohnorts der über 16 Jahre alten weiblichen Waisen, daß diese nicht verheiratet sind (§ 64 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte).

Außerdem sind beizufügen

1. bei einem Anspruch nach § 30 des Versicherungsgesetzes für Angestellte eine Bescheinigung der Gemeindebehörde des Wohnorts der Verstorbenen darüber, daß diese wegen Erwerbsunfähigkeit ihres Ehemanns den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hat,
2. bei einem Anspruch nach § 31 des Versicherungsgesetzes für Angestellte eine Bescheinigung der Gemeindebehörde des Wohnorts der Verstorbenen darüber, daß, seit wann und aus welchen Gründen sich der Ehemann von der häuslichen Ge-

Digitized by Google

meinschaft ferngehalten und seiner väterlichen Unterhaltspflicht entzogen hat,

3. bei einem Anspruch nach § 31 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte eine Bescheinigung der in Nr. 2 bezeichneten Gemeindebehörde darüber, daß und seit wann der Vater sich seiner Unterhaltspflicht entzogen hat.

Im übrigen gilt § 69.

§ 74.

Beim Anspruch auf Abfindung (§ 60 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) sind die Sterbeurkunde und die das Verwandtschaftsverhältnis klarstellenden Urkunden vorzulegen, auch hat der Antragsteller glaubhaft zu machen, daß ihm besser Berechtigte nicht bekannt sind.

Im übrigen gilt § 69.

§ 75.

Es sind vorzulegen bei Ansprüchen aus

a) § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte die Heiratsurkunde,

b) § 63 des Versicherungsgesetzes für Angestellte die Geburtsurkunde und eine etwaige Heiratsurkunde,

c) § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte die Sterbeurkunde und bei Ansprüchen von Witwen oder Witwern die Heiratsurkunden, bei Ansprüchen von Kindern die Geburtsurkunden und die Sterbeurkunde auch des anderen Elternteils.

Im übrigen gilt § 69.

§ 76.

Der Rentenausschuß hat die Vollständigkeit der vorgelegten Beweisstücke zu prüfen und dahin zu wirken, daß fehlende Beweisstücke nachgeliefert werden. Dabei sind die Vorschriften über Gebühren- und Stempelfreiheit (§§ 337, 338 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) zu beachten. Die nicht offensichtlich begründeten oder unbegründeten Anträge sind tunlichst in persönlicher Verhandlung insbesondere auch durch Vertrauensmänner mit dem Antragsteller zu erörtern.

§ 77.

Der Rentenausschuß hat festzustellen, ob der Antragsteller bereits früher Anträge auf Gewährung von Leistungen der Angestelltenversicherung oder der Unfall-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gestellt hat und welche Bescheide ihm erteilt worden sind.

Der Rentenausschuß hat von den betreffenden Versicherungsträgern die Akten und Belege einzufordern (Abschrift oder Auszug aus den Versicherungkonten der Reichsversicherungsanstalt, die etwa vorhandenen Verhandlungen über Streit wegen der Versicherungspflicht, über Beitragsüberwachung, über Heilbehandlung, in geeigneten Fällen auch über frühere Invalidenrenten-, Altersrenten- und Hinterbliebenenansprüche, sowie die etwa vorhandenen Unfall- und Krankenkassenakten usw.).

§ 78.

Wird Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit verlangt, so hat der Antragsteller eine ärztliche, behördliche oder andere zuverlässige Bescheinigung vorzulegen, aus der sich seine Beschwerden, der körperliche Befund, die Berufsunfähigkeit und ihre Dauer ergeben.

Läßt sich der Antragsteller das Gutachten von einem von der Reichsversicherungsanstalt hierzu bestellten Arzte ausstellen, so trägt die Reichsversicherungsanstalt zwei Drittel der dadurch entstehenden Kosten.

§ 79.

Bei der Frage nach der Berufsunfähigkeit (§ 25 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) ist der Beginn der Berufsunfähigkeit tunlichst genau zu ermitteln, namentlich dann, wenn davon die Erfüllung der Wartezeit abhängt, oder wenn sich die Berufsunfähigkeit infolge von Alterserscheinungen oder Krankheiten allmählich herausgebildet hat.

Dabei ist festzustellen, ob der Versicherte in den letzten Jahren die Beschäftigung wegen Krankheit hat aussetzen müssen, ob er die Beschäftigung freiwillig aufgegeben oder ob der Arbeitgeber ihn wegen mangelnder Arbeitsfähigkeit entlassen hat, ob, unter welchen Verhältnissen und namentlich gegen welche Vergütung er etwa noch beschäftigt worden ist.

§ 80.

Bei der Frage nach der Bedürftigkeit (§§ 30, 69 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) ist festzustellen, wie die Lebens- und Wirtschafts-, die Erwerbs- und die sonstigen Einkommensverhältnisse des Rentenbewerbers sind, insbesondere, ob und zutreffendenfalls welche unterstützungspflichtige Personen vorhanden sind und ihrer Unterstützungspflicht ausreichend nachkommen.

§ 81.

Bei Ruhegeld und Witwerrentenansprüchen ist von einer ärztlichen Untersuchung und Begutachtung des Rentenbewerbers dann abzusehen, wenn sich klar ergibt, daß

Digitized by Google

1. die Wartezeit nicht erfüllt oder die Anwartschaft erloschen ist,
2. ein Antrag auf Ruhegeld ohne die nach § 266 des Versicherungsgesetzes für Angestellte erforderliche Bescheinigung wiederholt wird,
3. der Witwer nicht bedürftig ist (§ 30 des Versicherungsgesetzes für Angestellte).

§ 82.

Von einer ärztlichen Untersuchung und Begutachtung kann in der Regel abgesehen werden, wenn

1. die Berufsunfähigkeit durch einen Unfall herbeigeführt ist und der Verletzte eine Unfallrente erhält,
2. ein Antrag auf Ruhegeld, der bei Anerkennung der Berufsunfähigkeit wegen Nichterfüllung der Wartezeit zurückgewiesen worden war, wiederholt wird, ohne daß ein Anhalt dafür vorliegt, daß der Rentenbewerber seit der letzten Ablehnung infolge Besserung seines Körperzustandes wieder erwerbsfähig gewesen ist,
3. augenscheinlich erkennbar oder in einem Heilverfahren oder in anderer Weise glaubhaft nachgewiesen ist, das Berufsunfähigkeit nicht vorliegt, oder daß und seit wann dauernde Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

§ 83.

Kommt der Vorsitzende des Rentenausschusses auf Grund der Ermittlungen zur Ansicht, daß der erhobene Anspruch begründet ist, so hat er zunächst von einer mündlichen Verhandlung abzusehen und die Akten an die Reichsversicherungsanstalt zur Aeußerung darüber zu senden, ob sie den Anspruch anerkennt.

§ 84.

Auf Antrag der Reichsversicherungsanstalt ist zur mündlichen Verhandlung ihr Vertrauensarzt zuziehen nnd zu hören.

§ 85.

Den Versicherungsvertretern sind, abgesehen von eiligen Fällen, die Namen der Antragsteller, deren Anträge zur Verhandlung kommen, sowie die Art ihrer Ansprüche mitzuteilen.

§ 86.

Wird die Einstellung einer Rentenzahlung deshalb erforderlich, weil der Berechtigte eine Freiheitsstrafe von mehr als einem Monat verbüßt oder in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt untergebracht ist (§ 75 des Versicherungsgesetzes für Angestellte), so ist durch Anfrage bei der Gemeindebehörde festzustellen, ob der Berechtigte im Inland Angehörige hat, die er ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat.

C. Schlußbestimmungen.

Geschäftsbericht.

§ 87.

Der Vorsitzende des Rentenausschusses erstattet alljährlich der Reichsversicherungsanstalt einen Geschäftsbericht.

Inkrafttreten der Verordnung.

§ 88.

Diese Verordnung tritt mit ihrer Verkündung in Kraft.

Berlin, den 14. Februar 1913.

Der Reichskanzler.

In Vertretung:

Delbrück.

Digitized by Google

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **21. März 1913.**

Redaktion:	**Nr. 9**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Voraussetzungen der Ablehnung der Krankenhauspflege durch „Verheiratete" im Sinne des § 7 KVG.

Von Amtsrichter **Breme** in Recklinghausen.

Ueber Mangel an Literatur und Judikatur über die Frage der Rechtsfolgen eigenmächtiger Ablehnung der angeordneten Krankenhauspflege und über die Voraussetzungen der Berechtigung hierzu kann man im allgemeinen nicht klagen; jedoch hat sich die Hauptzahl der ergangenen Entscheidungen mehr mit der Frage beschäftigt, in welchem Zeitpunkte die Tatumstände, welche die Ablehnung der Krankenhauspflege rechtfertigen, vorliegen müssen; eine Frage, die mit Recht dahin geklärt ist, daß das Haben eines Haushaltes oder die Mitgliedschaft zum Familienhaushalt im Zeitpunkte nicht der Erkrankung, sondern der Einweisungsanordnung gegeben sein muß. Nach diesem Zeitpunkt kann der Versicheret nicht mehr ohne Verlust seiner Ansprüche gegen die Kasse (§ 6 KVG.) einen Haushalt begründen oder aufsuchen. (Entsch. des Braunschw. Verwaltungsgerichtshofes vom 12. Juni 1912 und auf die reichhaltigen Zitate in dieser — abgedr. in Arb.-Versorgg. 1912 S. 844 — und Entsch. des Großherzogl. Verwaltungsgerichtshofes vom 21. März 1912 — abgedr. in Ztschr. für bad. Verw. und Verw. Rechtspflege 1912 S. 116).

Wenig zu finden ist aber bislang über die Frage, welche Voraussetzungen bei dem „verheirateten" Versicherten abgesehen von der Tatsache des Verheiratetseins vorliegen müssen, um ihn zur Ablehnung der Krankenhauspflege zu berechtigen; denn ziemlich in allen einschlägigen Entscheidungen handelt es sich um unverheiratete Versicherte, und auch in den Kommentaren sind die in § 7 genannten drei Kategorien meist gleichmäßig behandelt.

Die kaum erörterte Frage: „Kann der verheiratete Versicherte die Krankenhauspflege ablehnen, wenn sein ehelicher Haushalt sich nicht innerhalb des Kassenbezirks befindet, und auch dann, wenn er faktisch zurzeit ihm überhaupt nicht angehörte?" lohnt um so mehr eine Besprechung, als die Kassen sich gern auf den schlechthin verneinenden Standpunkt zu stellen pflegen, was ihnen an sich nicht zu verübeln ist, da die zweifellos notwendige Kontrolle der Behandlung und des Verhaltens des Versicherten durch auswärtigen Aufenthalt wesentlich erschwert wird und insbesondere auch die Behandlung durch einen Kassenarzt häufig unmöglich wird, womit die Kostenfrage eine erhebliche Veränderung erfährt.

In zwei bei Keidel (Krankenversicherung S. 221 ff.) abgedruckten Entscheidungen hatte sich die Kasse auf den Standpunkt gestellt, daß als Verheirateter im Sinne des § 7 nur der anzusehen sei, der am Sitze der Krankenkasse bei seiner Familie wohne. Beide Entscheidungen (Königl. Sächs. Ministerium des Inneren vom 3. Mai 1899 und Bad. Verwaltungsgerichtshof vom 18. Oktober 1898) lehnen diese Auffassung als dem klaren Wort-

Digitized by Google

laut und der Absicht des Gesetzes widersprechend ab, ohne jedoch eine eingehendere, umgrenzende Begründung zu geben.

Das soll in folgendem versucht werden:

Wann im Gesetze bei der ersten Kategorie lediglich das Verheiratetsein betont ist, so darf daraus nach der einen Seite nicht geschlossen werden, daß der Haushalt ganz ohne Bedeutung ist, nach der anderen Seite muß aber gefolgert werden, daß infolge der Nichterwähnung der Haushalt hier nicht dieselbe Rolle spielt, wie bei den beiden anderen Kategorien; denn andernfalls wäre die Aufzählung der Verheirateten als besondere Kategorie überflüssig und sinnlos.

Daß das Vorhandensein eines Haushaltes Erfordernis ist, ergibt sich ohne weiteres aus dem Sinn des Gesetzes. Die Krankenhauspflege soll durch die Pflege im ehelichen Haushalte ersetzt werden und nur zu diesem Zwecke darf der Verheiratete die Krankenhauspflege ablehnen. Hat der Verheiratete aber nur eine Schlafstelle und ist seine Ehefrau z. B. als Dienstmädchen tätig, so muß mit der Unmöglichkeit der Verwirklichung des Gesetzeszweckes auch die Ausnahmeberechtigung fortfallen.

Wie aber, wenn der Verheiratete seinen ehelichen Haushalt außerhalb des Kassenbezirkes hat? Lebt er in seinem Haushalte und kehrt er von seiner Arbeit im Kassenbezirke täglich, oder doch im allgemeinen regelmäßig in diesen zurück, so liegt gegenüber dem klaren Gesetzeswortlaut und seinem weiter unten näher erörterten Zweck, trotz der oben erwähnten Erschwernisse für die Kasse kein stichhaltiger Grund vor, seine Berechtigung zur Ablehnung der angeordneten Krankenhauspflege zu verneinen, ebensowenig, wie das bei den anderen beiden Kategorien der Fall ist (vgl. Hahn KVG. Anm. 2 a zu § 7).

Schwieriger ist die Frage für den Fall zu beantworten, daß der Versicherte am Kassensitz nur eine Schlafstelle hat, während sein Familienhaushalt sich außerhalb, vielleicht an einem weit entfernten Orte befindet, und er auf die Anordnung der Krankenhauspflege erklärt, er wolle dorthin reisen.

Bei Prüfung dieser nicht einheitlich zu beantwortenden Frage ist auf den Zweck des Gesetzes und seine Motive zurückzugreifen.

Wenn das Gesetz zugunsten der Verheirateten eine besondere Ausnahme macht, so liegt das letzten Endes in den sozialen und sittlichen Anschauungen über das Wesen der ehelichen Lebensgemeinschaft, die es den Eheleuten nicht nur zur moralischen Pflicht macht, in kranken Tagen sich gegenseitig zu pflegen und mit liebender Sorge zu umgeben, sondern ihnen auch ein unentziehbares Recht hierauf gibt. Wollte man den Krankenkassen die Befugnis geben, wider den Willen der Eheleute und ohne besondere Gründe (und diese sind im § 7 ausschließlich aufgezählt) ihnen die Ausübung dieser Pflicht zu unterbinden und dieses Recht zu entziehen, so würde ein derartiger Eingriff als unsozial und unsittlich empfunden werden. Während bei den beiden anderen Kategorien des § 7 einer nur möglichen anderen Verpflegung Rechnung getragen wird, ist die Pflege durch den Ehegatten die an erster Stelle berufene Fürsorge für den Erkrankten.

Diese Gründe waren für die Fassung des Gesetzes maßgebend und müssen auch den Grundsatz rechtfertigen, daß in jedem Falle der Verheiratete die Pflege in seinem ehelichen Haushalte wählen kann, selbst dann, wenn er zurzeit ihm vorübergehend nicht angehörte.

Aber — und darin liegt die Grenze — er darf nicht lediglich zu dem Zwecke, das Krankenhaus zu vermeiden, den Haushalt seiner Ehefrau wieder aufsuchen, den er tatsächlich bereits dauernd und endgültig verlassen hat, Fälle, die gar nicht so selten sind und für die häufig berechtigten Kasseninteressen widerstrebende Gründe maßgeblich sind.

Denn der — wenn auch ohne rechtlichen Grund — tatsächlich von seiner Ehefrau getrennt lebende Versicherte ist nicht stets als Verheirateter im Sinne des § 7 KVG. anzusehen. Man wird davon ausgehen müssen, daß der Beschäftigungsort des Ehemanns als Mittelpunkt seiner wirtschaftlichen Tätigkeit im Regelfall als sein Wohnsitz und daher auch als ehelicher Wohnsitz zu gelten hat (§§ 7, 10 BGB.). Dort ist der gegebene Ort des ehelichen Haushaltes, und in der Regel ist nur dieser als sein Haushalt anzusehen. Von dieser Regel gibt es aber eine Fülle von Ausnahmen, deren Vorhandensein im Einzelfall zu prüfen ist. Als solche Ausnahme ist z. B. der Fall anzusehen, daß der Haushalt

Digitized by Google

am alten Wohnsitz so lange fortgeführt werden soll, bis sich herausstellt, ob der Mann am neuen Beschäftigungsort dauernd Arbeit findet; daß ferner der alte, vielleicht mit Grundbesitz verbundene Haushalt, dort bis zur Veräußerung des Grundbesitzes, oder überhaupt verbleiben soll, während der Mann für kürzere odere längere Zeit lohnenden Erwerb an anderer Stelle sucht (Sachsengänger, Industriearbeiter aus dem Osten) u. a. m.

Ueberall da aber, wo der Mann ohne besonderen Grund seine Frau an den neuen Ort seiner Tätigkeit nicht mitgenommen hat, oder wo die Frau ohne Zustimmung des Mannes an einem andern Ort ihren Haushalt eingerichtet hat, überall da ist der Haushalt der Frau nicht der eheliche Haushalt des Mannes; der Mann ist dann nicht als Verheirateter im Sinne des § 7 anzusehen, da er, wie ein Unverheirateter keinen Haushalt hat. Sein im Krankheitsfalle gefaßter Entschluß, den Haushalt seiner Frau aufzusuchen, bedeutet nicht die Zuflucht zu seinem Haushalt, sondern den Neuerwerb, die Neubegründung eines im maßgeblichen Zeitpunkt nicht vorhandenen ehelichen Haushaltes des Mannes.

In solchen Fällen ist der Verlust der Ansprüche aus § 6 KVG. die Folge seiner Weigerung, der Krankenhauseinweisung Folge zu leisten, während die Tatsache allein, daß der Versicherte zurzeit nicht in seinem Haushalte lebt, nach obigen Erörterungen diese Folge nicht hat.

In dem dem § 7 KVG. entsprechenden § 184 RVO. sind die Verheirateten nicht besonders aufgezählt, sondern fallen unter den Begriff: „hat der Kranke einen eigenen Haushalt." Im Entwurf (§ 199) war der „Verheiratete" besonders aufgezählt und in den Kommissionsverhandlungen war als Zusatz hierzu beantragt: „und lebt er mit seiner Familie zusammen," mit der Begründung, daß kein Grund vorliege, Verheiratete, die nicht mit ihrer Familie zusammen leben anders zu behandeln, wie Unverheiratete. Der Regierungskommissar stimmte diesen Gründen zu und schlug die Gesetz gewordene obige Fassung vor (Komm.Ber. II S. 65). Das „haben eines Haushaltes" ist auch in den vorstehenden Erörterungen für das Krankenversicherungsgesetz für erforderlich erklärt und es mag dahingestellt bleiben, ob nach der Reichsversicherungsordnung ein „Leben in dem Haushalte" im maßgeblichen Zeitpunkt vorliegen muß; jedenfalls kann die Fassung der Reichsversicherungsordnung nicht für eine andere Interpretation des Krankenversicherungsgesetzes verwendet werden.

Wie ist der Beschlußausschuß zu bilden?

Von **Dr. Jungherr**, Bezirkskommissar in Apolda.

Auf Grund des Art. 8 Einf.Ges. z. RVO. haben eine Reihe von Bundesstaaten eine Ausführungsbestimmung dahin erlassen, daß die Versicherungsämter an Stelle der Versicherungsvertreter zunächst die Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten bei der untern Verwaltungsbehörde (§ 61 IVG.) zuzuziehen haben.

Für die dem Versicherungsamt in der nächsten Zeit bei der Neugestaltung des Krankenversicherungswesens obliegenden Aufgaben hat der Beschlußausschuß eine umfangreiche Tätigkeit zu entfalten. Bei der Bildung dieses Beschlußausschusses hat sich eine verschiedene Praxis herausgebildet.

1. Einige Versicherungsämter haben in den Angelegenheiten, für welche der Beschlußausschuß zuständig ist, die sämtlichen acht Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten bei der untern Verwaltungsbehörde (§ 61 IVG.) zusammenberufen und abstimmen lassen.

2. Andere Versicherungsämter haben je einen dieser Vertreter in der Reihenfolge, in der er bei Invalidenversicherungssachen nach § 64 IVG. zu berufen war, herangezogen.

3. Wieder andere haben die acht Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten (§ 61 IVG.) aus ihrer Mitte je einen Versicherungsvertreter und je einen Stellvertreter wählen lassen, den Beschlußausschuß also entsprechend dem § 57 RVO. gebildet.

Welches Verfahren ist das richtige? Das an erster Stelle genannte steht im Widerspruch mit den gesetzlichen Bestimmungen. Es kann

Digitized by Google

weder auf die Vorschriften des alten, noch auf die des neuen Rechts gestützt werden. Es hat außerdem auch den Nachteil, daß es namentlich in den größeren ländlichen Bezirken mit nicht unerheblichen Kosten verknüpft sein würde.

Für die Bildung des Beschlußausschusses kann nur der § 57 RVO. maßgebend sein. Diese Bestimmung gehört, wie die Vorschriften des dritten Abschnitts des Ersten Buchs überhaupt zu den Vorschriften, die auch nach den Ausführungen der Begründung zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung dienen. Der § 57 ist damit nach Art. 1 Einf.Ges. z. RVO. sofort in Kraft getreten. Der im § 57 zum Ausdruck gebrachte Gedanke der Reichsversicherungsordnung besteht gerade darin, daß bei jedem Versicherungsamt nur ein Beschlußausschuß bestehen darf und daß in diesem stets dieselben Personen von seiten der Arbeitgeber wie der Versicherten tätig sein sollen (vgl. Manes, Handausgabe z. RVO. zu § 57).

Ein Kollegium, welches bei jeder neuen Sitzung hinsichtlich der Beisitzer in anderer Besetzung entscheidet, kann nicht als Beschlußausschuß im Sinne der Reichsversicherungsordnung angesehen werden.

Der Beschlußausschuß kann danach nur in der an dritter Stelle genannten Weise durch Wahl gemäß § 57 RVO. gebildet werden.

Es liegt auf der Hand, daß es auch für die jetzt beginnenden, dem Beschlußausschuß obliegenden umfangreichen organisatorischen Aufgaben einen großen Vorteil bedeuten würde, wenn immer dieselben Personen die Entschließungen fassen. Sie werden sich schneller mit den in Betracht kommenden Fragen vertraut machen. Auch wird die Einhaltung einheitlicher Gesichtspunkte bei der Behandlung dieser Dinge so besser gewährleistet, als wenn die Beisitzer abwechselnd in einer bestimmten Reihenfolge berufen werden sollten.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bekanntmachung des badischen Ministeriums des Innern vom 9. Januar 1913, betreffend den Vollzug der Reichsversicherungsordnung hinsichtlich der Versicherungsbehörden und der Unfallversicherung.

Zum Vollzug der Reichsversicherungsordnung ist in Ergänzung der in unserer Bekanntmachung vom 20. Januar 1912 — Deutscher Reichsanzeiger und Königl. Preuß. Staatsanzeiger vom 25. Januar 1912 Nr. 24 — veröffentlichten Bestimmungen der Vollzugsverordnung vom 10. Januar 1912 (Gesetzes- und Verordnungsblatt für das Großherzogtum Baden Nr. V) durch Verordnung vom 31. Dezember 1912 (Gesetzes- und Verordnungsblatt für das Großherzogtum Baden Nr. LIX) mit Wirkung vom 1. Januar 1913 an weiter verordnet worden:

I. (§ 1.) Bei jedem Bezirksamt wird eine Abteilung für Arbeiterversicherung — Versicherungsamt — errichtet.

II. (§ 5.) Für das Großherzogtum wird je ein Oberversicherungsamt als selbständige Staatsbehörde für die Bezirke der vier Landeskommissäre errichtet mit dem Sitz in

Mannheim (für die Kreise Mosbach, Heidelberg und Mannheim),
Karlsruhe (für die Kreise Karlsruhe und Baden),
Freiburg (für die Kreise Offenburg, Freiburg und Lörrach),
Konstanz (für die Kreise Waldshut, Villingen und Konstanz).

Ein besonderes Oberversicherungsamt wird für die Betriebe der Großherzoglichen Staatseisenbahnen und Salinen mit dem Sitze in Karlsruhe errichtet.

III. (§ 15.) Soweit nicht die Zuständigkeit der Behörden schon in § 1 der Verordnung vom 10. Januar 1912 geregelt ist, kommen folgende Aufgaben zu:

1. die der Landesregierung dem Ministerium des Innern, welches in den geeigneten Fällen mit den anderen beteiligten Ministerien sich ins Benehmen zu setzen hat;
2. die der obersten Verwaltungsbehörde in den Fällen der §§ 63, 627, 892 Abs. 1 (895) RVO. dem vorgesetzten Ministerium im Benehmen mit dem Ministerium des Innern, im übrigen dem Ministerium des Innern;
3. die der höheren Verwaltungsbehörde im Falle der §§ 834 Abs. 2, 883 (1030 Abs. 1), 953 Abs. 1 RVO. dem Ministerium des Innern, im Falle des § 869 (1030 Abs. 1.) daselbst dem Bezirksamt, im Falle des § 953 Abs. 2 daselbst dem Bezirksrat;
4. die der Ortspolizeibehörde in Städten mit staatlicher Ortspolizei dem Bezirksamt, im übrigen dem Bürgermeister;
5. die der gemeindlichen Behörde dem Gemeinde- (Stadt-) Rat.

IV. (§ 16.) Als Gemeindeverband gelten im Falle der §§ 554, 628, 629, 823, 892 Abs. 2, 904 (1042) RVO. die Kreise und die Bezirksverbände im Falle der §§ 834, 953 daselbst die Amtsbezirke oder mehrere Gemeinden umfassende Teile eines solchen.

Digitized by Google

Für die Zuständigkeit zur Erlassung statutarischer Bestimmungen im Falle der §§ 834, 953 RVO. und das im Falle des § 953 daselbst zu beobachtende Verfahren finden die Vorschriften in § 3 der Verordnung vom 10. Januar 1912, den Vollzug der Reichsversicherungsordnung hinsichtlich der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung betreffend (Gesetzes- und Verordnungsblatt S. 13) entsprechende Anwendung.

V. (§ 73 Abs. 1, 2). Ortspolizeibehörde im Sinne der §§ 1559, 1560, 1564, 1567 RVO. ist das Bezirksamt. Dasselbe ist ermächtigt, in geeigneten Fällen den Bürgermeister mit der Vornahme der Unfalluntersuchung zu betrauen, unbeschadet der Pflicht der Nachprüfung der Unfalluntersuchung.

Im Falle des § 1560 Abs. 2 RVO. bestimmt das Ministerium des Innern das zuständige Bezirksamt.

B. Zur Krankenversicherung.

(Bl.) **Ablehnung der Krankenhauspflege bewirkt Anspruchsverlust nicht über die Dauer des ablehnenden Verhaltens hinaus.**

Entscheidung des **Magistrats** in **Saalfeld** vom 25. Januar 1910.

A., der bis zu seiner am 22. September 1912 erfolgten Erkrankung in versicherungspflichtiger Beschäftigung gestanden und der Ortskrankenkasse als Mitglied angehört hat, hat seit dieser Zeit infolge Erwerbsunfähigkeit, die durch eine beim Sturze vom Fahrrade verursachte Quetschung des linken Oberarmes hervorgerufen worden ist, Krankengeld bezogen. Vom 8. Dezember v. Js. ab hat die Ortskrankenkasse Krankenhauspflege des A., der Verheiratete, ist angeordnet; derselbe hat es aber abgelehnt, der an ihn ergangenen Weisung Folge zu leisten. Die Krankenkasse hat hierauf die Weiterzahlung des Krankengeldes, indem sie sich auf § 23 Abs. 2 des Statuts stützt, abgelehnt. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Weigerung des A., sich ins Krankenhaus zu begeben und die Versagung des Krankengeldes durch die Ortskrankenkasse begründet gewesen ist, da A. damals seine Ansprüche nicht weiter verfolgt hat.

Am 13. Januar hat sich A. unter Vorlage einer Bescheinigung des Dr. med. D. hier, daß er infolge des am 22. September v. Js. erlittenen Sturzes vom Rade „noch" erwerbsunfähig sei, erboten, sich ins Krankenhaus nun zu begeben. Die Ortskrankenkasse hat aber die Gewährung irgendwelcher Unterstützung abgelehnt (da seit der Ablehnung der angeordneten Krankenhauspflege seitens des A. die gesetzliche Dreiwochenfrist aus § 28 KVG. verstrichen war). Nach den getroffenen Feststellungen ist A. auch während der Zeit vom 8. Dezember 1912 bis zum 12. Januar d. J. — der Dauer der Weigerung, sich ins Krankenhaus zu begeben — erwerbsunfähig, d. h. nicht imstande gewesen, ohne Gefahr der Verschlimmerung seines krankhaften Zustandes seiner bisherigen Beschäftigung als Maurer oder einer ähnlich gearteten leichteren Erwerbstätigkeit nachzugehen. Da dieser Zustand nach der ärztlichen Bescheinigung auch weiter fortbesteht, ist der Anspruch des A. auf Weiterzahlung des Krankengeldes vom 13. d. Mts. ab begründet.

Anmerkung: Der Einsender bemängelt die Entscheidung ohne Grund. Um einen Anspruch aus § 28 KVG. handelt es sich nicht, da A. nicht nach seinem Ausscheiden, sondern noch als Mitglied der Kasse erkrankt ist und seitdem fortdauernd erwerbsunfähig war. Daß der Versicherte durch ungerechtfertigte Ablehnung der Krankenhauspflege seines Anspruchs nicht vollständig, sondern nur für die Dauer seines ablehnenden Verhaltens verlustig geht, ist anerkannt (Preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 1904 S. 108). Selbstverständlich verkürzt sich jetzt die Unterstützungszeit um die Zeit, während deren er sich ablehnend verhielt.

Pauschalersatz für ärztliche Behandlung und Heilmittel (§§ 57a Abs. 4, 58 KVG.).

Entsch. des **Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 30. September 1912.

Unter dem 28. November 1910 richtete die Ortskrankenkasse R. folgendes Ersuchen an die Ortskrankenkasse S.:

„Das Mitglied der hiesigen Krankenkasse Karl S., bisheran wohnhaft in G., ist nach M. verzogen, hat sich krank gemeldet und wird hiermit der dortigen Krankenkasse überwiesen."

S. hatte bereits vorher, seit dem 10. November 1910, die Hilfe der Ortskrankenkasse in S. in Anspruch genommen und war seit diesem Tage durch kassenärztliche Behandlung unterstützt worden. Nach dem am 30. November 1910 erfolgten Eingang des Ersuchens vom 28. November 1910 bei der Kasse in S. setzte diese die Unterstützung bis zum 13. Mai 1911 fort und gewährte dem erwerbsunfähig erkrankten S. auch seit dem 14. November 1910 das statutenmäßige Krankengeld. Sie forderte von der Kasse in R. Ersatz des gezahlten Krankengeldes für 148 Tage je 1,20 M. für den Tag = 177,60 M., sowie unter Bezugnahme auf § 57a Abs. 4 KVG. an sogenannten Pflegegeldern für 183 Tage je 60 Pf. für den Tag = 109,80 M. Nachdem die Ortskrankenkasse R. zwar das geforderte Krankengeld erstattet, sich aber geweigert hatte, auch den zuletzt genannten Betrag von 109,80 M. zu zahlen, klagte die Ortskrankenkasse S. auf Erstattung dieses Betrages und erlangte auch eine die Beklagte in dieser Höhe verurteilende Entscheidung des Bezirksausschusses zu A. vom 3. November 1911.

Dagegen hat die Beklagte, unter der unrichtigen Bezeichnung als Berufung, Revision eingelegt.

Aus den Gründen:

Die Revision rügt zu Unrecht, daß der Vorderrichter auf Grund von Behauptungen der Klägerin entschieden habe, die der Beklagten erst am Abend vor dem Termine zur mündlichen Verhandlung, also verspätet, zugegangen seien. Denn diese Behauptungen der Klägerin enthalten insofern

Digitized by Google

nichts neues, als schon nach dem Inhalte der Klage bei der Beklagten kein Zweifel darüber bestehen konnte, daß der als Pflegegeld beanspruchte Betrag nichts anderes darstellte, als die in § 57 a Abs. 4 KVG. vorgesehene Pauschalentschädigung, und daß andere Pflegekosten, etwa solche einer Unterbringung S. in ein Krankenhaus, nicht in Frage kommen.

In der Sache selbst nimmt der Bezirksausschuß an, daß die Klägerin dem S. neben dem nicht im Streit befindlichen Krankengelde für die Zeit seit Eingang des Ersuchens vom 28. November 1910 bis zum 13. Mai 1911 auf Grund des § 57 a Abs. 1 und für die Zeit vom 10. November 1910 bis zum Eingang dieses Ersuchens auf Grund des § 57 a Abs. 2 KVG. für Rechnung der Beklagen die in § 6 Abs. 1 Ziff. 1 bezeichneten Leistungen gewährt habe. Wäre dies richtig, so würde sie nach § 57 a Abs. 4 daselbst Erstattung in Höhe der Hälfte des statutenmäßigen Krankengeldes, also 183 × 60 Pf. = 109,80 M., fordern können. Denn der Anspruch auf Erstattung der Pauschalentschädigung in Höhe der geforderten Hälfte des Krankengeldes für geleistete Aushilfe im Sinne des § 57 a a. a. O. würde auch dann gerechtfertigt sein, wenn Klägerin tatsächlich für die in Abs. 4 daselbst genannten Leistungen einen geringeren Betrag aufgewendet hätte.

Die Annahme, von der der Bezirksausschuß nach den vorstehenden Ausführungen bei seiner Entscheidung ausgegangen ist, beruht aber auf wesentlichen Mängeln des Verfahrens. Zunächst ist nicht festgestellt, ob bis zum 30. November 1910 der Fall des § 57 a Abs. 2 überhaupt vorlag, ob also S. während eines vorübergehenden Aufenthalts außerhalb des Bezirks der beklagten Kasse erkrankt ist, und ob seine Ueberführung nach seinem Wohnorte nicht erfolgen konnte. Waren die Voraussetzungen des § 57 a Abs. 2 nicht gegeben, so kann die Erstattung höchstens auf Grund des § 58 gefordert werden, also, da diesem eine Bestimmung, wie sie in den § 57 a Abs. 4 gegeben ist, fehlt, nur die Erstattung der tatsächlich gemachten Auslagen. Hierfür sind unstreitig während des ganzen Zeitraums vom 10. November 1910 bis 13. Mai 1911 nur 19 M. an Arzthonorar verausgabt. Im übrigen kann die Pauschalentschädigung des § 57a Abs. 4 auch nur dann beansprucht werden, wenn die aushelfende Kasse dem Unterstützten die sämtlichen erforderlich gewordenen Leistungen gemäß § 6 Abs. 1 Ziff 1 des Gesetzes gewährt hat. Wurde nur ein Teil dieser Leistungen gewährt, während es dem Erkrankten überlassen blieb, sie sich zum Teil anderweit zu verschaffen, so kann nicht die Pauschalentschädigung, sondern nur Ersatz des tatsächlich Aufgewendeten verlangt werden. Der Vorderrichter hat in dieser Beziehung den Sachverhalt nicht völlig klargestellt. Er nimmt an, daß dem S. von der Klägerin ärztliche Hilfe und Arzneien gewährt sind. Hinsichtlich der Gewährung von Arzeneien fehlt es aber an aktenmäßigen Unterlagen. Nach dem Schriftsatze der Klägerin vom 25. Oktober 1911 soll nur ärztliche Behandlung stattgefunden haben.

Hiernach muß die Vorentscheidung aufgehoben werden. Bei freier Beurteilung ist die Sache nicht spruchreif. Denn es läßt sich nach Lage der Akten weder feststellen, ob der Fall des § 57 a Abs. 2 bis zum 30. November 1910 vorlag, noch ob die Klägerin dem S. die sämtlichen erforderlich gewordenen Leistungen gemäß § 6 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. gewährt hat. Die Sache mußte deshalb in die Vorinstanz zurückverwiesen werden.

(ck.) **Ohne vorheriges Einverständnis der Kasse keine Verpflichtung zur Uebernahme der Kosten eines Spezialarztes.**
Kein neuer Unterstützungsfall.

Entscheidung des **Landgerichts** zu **Metz**, 1. Zivilkammer, vom 10. Juli 1912.

Gründe:

„Nach § 24 der Statuten der klagenden Krankenkasse kann die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Aerzte als der Kassenärzte entstandenen Kosten abgelehnt werden, abgesehen von dringenden Fällen. Ein dringender Fall wird hier nicht behauptet. Daß die Ablehnung der durch Zuziehung eines Spezialisten entstandenen Kosten erfolgen kann, wenn sie billigem Ermessen entspricht, unterliegt hiernach keinem Zweifel. Es kann dahingestellt bleiben, ob die Kasse, wenn rechtzeitig ihre Genehmigung eingeholt worden wäre, die Behandlung des Beklagten durch den Nervenarzt Dr. W. gestattet hätte. Jedenfalls hat sie ein wohlbegründetes Interesse daran, daß ihr vorheriges Einverständnis mit der Zuziehung dieses Spezialarztes, der nicht Kassenarzt ist, nachgesucht wurde, da sie dann in der Lage gewesen wäre, einen Honorarvertrag mit dem Arzte zu schließen und sich die Vorteile ihrer Preisabmachungen mit dem Apotheker zu sichern. Die Kasse hat auch ein besonderes Interesse daran, daß nur solche Aerzte, die auch ihr Vertrauen genießen, auf ihre Kosten in Anspruch genommen werden. Alle diese Umstände rechtfertigen das Verlangen der Klägerin, daß der Beklagte, bevor er sich in die Behandlung eines Nicht-Kassenarztes begab, ihre Genehmigung einholte. Da dies nicht geschehen ist, begehrt sie mit Recht die Rückerstattung ihrer Aufwendungen.

Die Klage ist auch noch aus einem anderen Grunde begründet. Nach § 6 KVG. hat die Krankenkasse nur für die ersten 26 Wochen vom Tage der Krankheit ab Unterstützung zu gewähren.

Digitized by Google

Der Beklagte bestreitet nicht, daß diese 26 Wochen bereits abgelaufen waren, als er sich in die Behandlung des Nervenarztes Dr. W. begab; er behauptet nur, daß es sich um eine neue Krankheit handelte, wegen deren ihn Dr. M. einer Behandlung durch einen Spezialarzt für Nervenkrankheiten bedürftig hielt. Wenn nun auch der § 6 Abs. 2 KVG. damit rechnet, daß Krankenunterstützung während 26 Wochen hintereinander gewährt werden soll, daß aber mit jedem neuen Unterstützungsfalle die 26wöchige Frist von neuem läuft (vgl. Sörgel, Jahrb. des Verwaltungsrechts 1911 S. 253 Ziff. 33), so kann doch eine neue Erkrankung im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes nur dann angenommen werden, wenn dieser Erkrankung ein, wenn selbst nur kurzer, aber jedenfalls krankheitsfreier und zum Erwerb benutzbarer Zeitraum vorausgegangen ist (vgl. Sörgel a. a. O. 1907/1908 S. 303, 6/1). Eine solche Unterbrechung des alten Krankheitszustandes durch eine vorübergehende Gesundung hat der Beklagte nicht bewiesen, auch nicht zu Beweis gestellt."

(ck.) **Kassenzugehörigkeit der Arbeiter des für Rechnung eines Betriebes, für den eine Betriebskrankenkasse besteht, tätigen Schachtmeisters.**

Entscheidung des **Landgerichts Metz**, 1. Zivilkammer, vom 12. Juni 1912.

Die Gewerkschaft „Jacobus" übertrug D. das Brechen und Aufladen von Schlacken an ihrer Schlackenhalde zu M. zu einem bestimmten Satz für die Tonne. Täglich sollte eine bestimmte Mindestmenge Tonnen angeliefert werden. Nach dem Wortlaut des Vertrages übernahm D. ausdrücklich diese Arbeit als selbständiger Unternehmer, stellte die Arbeiter selbst an und bezahlte sie, der Ueberschuß sollte seinen Gewinn oder Verlust darstellen. Für die Beleuchtung der Arbeitsstelle und die Arbeitsgerüste und -geräte sorgte die Gewerkschaft. Die Sicherheits- und Schutzvorrichtungen mußte der Unternehmer in eigener Verantwortung anbringen. Auch sollte er selbständig seine Arbeiter zur Kranken- und Invalidenversicherung an- und abmelden. Sowohl die Betriebskrankenkasse der Gewerkschaft „J.", als auch die Ortskrankenkasse für den Landkreis M. verweigerte die Aufnahme der D.schen Arbeiter. Die Kreisdirektion Metz hielt die Betriebskrankenkasse, das Amtsgericht Metz dagegen die Landkrankenkasse zu Metz für zuständig. Das Landgericht Metz hob jedoch die Vorentscheidung auf und erklärte auch die Betriebskrankenkasse für zuständig. **Gründe:**

„Der Auffassung des Vorderrichters, aus dem Vertrag ergebe sich unzweifelhaft, daß D. selbständiger Unternehmer sei, kann nicht beigepflichtet werden, vielmehr hat die Kreisdirektion unter richtiger Würdigung der Tatsachen, daß D. mit seinen Arbeitern ausschließlich bei der Gewerkschaft J. beschäftigt ist und daß die betreffenden Schlacken Eigentum der gesamten Gewerkschaft sind, mit Recht die Gewerkschaft als die wirkliche Arbeitgeberin der zu versichernden Arbeiter angesehen.

Bei richtiger Wertung des Vertragsinhalts ist D. nur nominell Unternehmer, in Wirklichkeit nur Schachtmeister in Diensten der Gewerkschaft J. Als solcher hat er sich selber bei der Krankenkasse angemeldet. Der Berufsgenossenschaft gegenüber hat sich die Klägerin selbst als Arbeitgeberin betrachtet.

Während ein Unternehmer in der Regel für verschiedene Arbeitgeber arbeitet, ist D. nur bei der Gewerkschaft J. beschäftigt; letztere stellt dem D. auch sämtliche Gerüste und Arbeitsgeräte frei zur Verfügung; ein selbständiger Unternehmer muß dieselben selbst stellen. Auch die für einen Unternehmer ungewöhnliche und wenig günstige Vereinbarung jederzeitiger Entlassung ohne Innehaltung einer Kündigungsfrist entspricht nicht der wirklichen Selbständigkeit eines Unternehmers.

Alle diese Umstände lassen es erkennen, daß es der Gewerkschaft mit der gewählten Fassung des Vertrages offenbar nur darum zu tun war, die Gefahren, welche durch die Ausführung der Arbeiten und die damit leicht verbundenen Unfälle entstehen können, wenigstens in ihren finanziellen Folgen von der Betriebskrankenkasse auf die Ortskrankenkasse abzuwälzen. Darin liegt aber eine verbotene Umgehung des Gesetzes, welche den Zweck des Gesetzes illusorisch machen würde.

Auf Grund dieser Ausführungen sind die Voraussetzungen für die Anwendung des § 2 des Statuts der Fabrikkrankenkasse der Gewerkschaft J. als gegeben anzunehmen und die Arbeiter des D. somit bei dieser Kasse versicherungspflichtig."

Anpassung der Satzungen an das neue Recht nach Anleitung der Mustersatzungen.

Bescheid des **Reichskanzlers (Reichsamt des Innern)** vom 20. Februar 1912.

Der Betriebskrankenkassenverband hat auf eine Eingabe an den Reichskanzler den folgenden Bescheid erhalten:

Den Bundesregierungen ist anheimgestellt worden, die Versicherungsämter in geeigneter Weise darauf hinzuweisen, daß die Frist zur Einreichung der Satzungsentwürfe ausreichend bemessen wird, damit die Mustersatzungen, die voraussichtlich bald erscheinen werden, von den Krankenkassen benutzt werden können. Dabei ist auch hervorgehoben, daß es sich empfiehlt, die Leistungen der maßgebenden Kassen den einzelnen Krankenkassen mit tunlichster Beschleunigung bekannt zu geben, um es ihnen zu ermöglichen, noch vor der Entscheidung des Versicherungsamts die Gleichwertigkeit der Leistungen zu prüfen und gegebenenfalls herbeizuführen. Ferner ist darauf hingewiesen worden, daß die Versicherungsämter in geeignet erscheinenden Fällen den Kassen möglichst bald Gelegenheit zur Aenderung des eingereichten Satzungsentwurfs geben können. Dabei gehe ich von der Auffassung aus, daß der Vorschrift des Artikels 21 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung schon dann genügt wird, wenn die Kassen, die ihre Zulassung beantragt haben, ihre neue, mit den Vorschrifen der Reichsversicherungsordnung in Einklang gebrachten Satzungen bis zum

Digitized by Google

30. Juni 1913 eingereicht haben. Werden nach diesem Tage noch Aenderungen an den Satzungen nötig, bevor diese genehmigt werden, so können sie unbedenklich nachgeholt werden, ohne daß eine Schließung der Kassen zu befürchten ist. Insoweit liegt nach meiner Ansicht der Grund zur Beunruhigung bei den Kassen nicht vor. Diese meine Auffassung habe ich den Bundesregierungen zur Kenntnis gebracht. Ferner ist in dem Schreiben an die Bundesregierungen bemerkt, daß es sich empfiehlt, die Kassen, welche den Antrag auf Zulassung gestellt haben, auf die Rechtsfolge der Art. 21 a. a. O. besonders aufmerksam zu machen.

Anmerkung: Nach Art. 19 Einf.Ges. hat das Versicherungsamt der Kasse, welche ihre Zulassung beantragt und nicht gleichzeitig schon einen neuen Satzungsentwurf eingereicht hat, hierzu eine Frist zu bestimmen. In Preußen sind die Versicherungsämter angewiesen, eine angemessene Frist so zu bemessen, daß ihr Lauf frühestens 14 Tage nach Veröffentlichung der Mustersatzungen im Zentralblatt für das Deutsche Reich beginnen darf (Erlaß vom 4. November 1912, Arb.-Versorg. 1912 S. 817 Ziff. III 1). Spätestens bis zum 30. Juni 1913 muß die Satzung mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Einklang gebracht sein; sonst ist die Kasse zu schließen (Art. 21 mit Art. 17 Einf.Ges. und Art. 6 Verordnung vom 5. Juli 1912, Arb.-Vers. 1912, S. 489). Nach dem vorstehenden Bescheide wird es aber genügen, daß bis zum 30. Juni 1913 die Satzung im wesentlichen den neuen Vorschriften angepaßt ist. Wird die Genehmigung der Satzung nicht wegen grundsätzlicher Bedenken, sondern nur wegen Einzelheiten beanstandet, so braucht das die Schließung der Kasse nicht nach sich zu ziehen, sondern die Kasse wird zur nachträglichen Beseitigung der Bedenken zu veranlassen sein.

C. Zur Unfallversicherung.

(DDr.) **Herzschlag kein Betriebsunfall.**

Der hochbetagte Arbeiter H. war lange Zeit in der Tabakfabrik von J. W. von E. beschäftigt. Er war schon jahrelang zuckerleidend. Im Jahre 1910 mußte ihm das rechte Bein amputiert werden. Nach seiner Wiederherstellung wurde er aus Mitleid von seinem Arbeitgeber mit Losmachung oder Aussuchen von Tabakblättern gegen einen geringen Lohn weiterbeschäftigt. Diese Arbeit führte er sitzend auf einem hochgelegenen Boden der Fabrik aus. Am 7. Juli 1911 fand ein Mitarbeiter gegen 3 Uhr nachmittags den H. auf einer Kiste sitzend und nach hinten übergelehnt tot auf dem Arbeitsplatze vor. Die Leichenschau ergab, daß äußere Verletzungen nicht vorlagen. Polizeiarzt Dr. St. sprach sich gutachtlich dahin aus, der Tod sei aus innerer Ursache erfolgt. Die Witwe H. hat Anspruch auf Hinterbliebenenrente erhoben, in der Annahme, ihr Mann sei am 7. Juli 1911 infolge der an diesem Tage herrschenden Hitze während der Arbeit auf dem dumpfigen Boden erstickt. Die Berufsgenossenschaft wies den Anspruch mangels Nachweises eines Betriebsunfalles ab. Im Berufungsverfahren versuchte die Witwe den Tod ihres Mannes auf einen Betriebsunfall aus dem Jahre 1910 zurückzuführen. Damals habe sich ihr Mann in der Fabrik einen Nagel in den rechten Fuß getreten. Infolge der schon bestehenden Zuckerkrankheit habe das rechte Bein amputiert werden müssen, hierdurch sei ein Herzleiden entstanden, welches durch die Arbeit am 7. Juli 1911 ungünstig beeinflußt den Tod hergeigeführt habe. Nach Erhebung umfangreicher Beweise wies das Oberversicherungsamt als derzeitiges Schiedsgericht den Anspruch mit etwa folgenden Gründen ab: H. ist, wie einwandsfrei feststeht, am 7. Juli 1911 einem Herzschlage erlegen. Er war ein 68 jähriger, in hohem Grade an Zuckerkrankheit leidender Mann. Zunächst führte Klägerin den Tod ihres Mannes darauf zurück, daß er infolge hoher Außentemperatur auf dem dumpfigen, stickigen Dachboden der Fabrik bei der Arbeit erstickt sei. Es fehlt aber bislang an dem Nachweis eines plötzlichen, in einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenen, schädigenden Ereignisses. Es mag sein, daß die Betriebsstätte des H. auf dem hochgelegenen Dachboden mit ihrer mit beizendem Tabaksdufte geschwängerten Atmosphäre der Gesundheit des 68 jährigen zuckerleidenden Mannes wenig zuträglich war. Es mag auch zugegeben werden, daß die Witterungsverhältnisse des 7. Juli 1911, an dem nach der amtlichen Auskunft der Sternwarte nachmittags eine Temperatur von 24° im Schatten herrschte, ungünstig waren. Trotzdem kann ein Betriebsunfall im gesetzlichen Sinne nicht angenommen werden. Schädigungen infolge von Einflüssen ungünstig belegener Betriebsstätten und anhaltender Arbeit unter ungünstigen Witterungsverhältnissen stehen den Gewerbekrankheiten im engeren Sinne gleich und stellen daher keine Betriebsunfälle dar. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Erkrankung selbst etwa, wie im vorliegenden Falle, plötzlich in die Erscheinung getreten ist, sofern eben nicht ein plötzliches Vorkommnis nachgewiesen ist, auf welches sich die Erkrankung zurückführen läßt. Es ist nach Sachlage anzunehmen, daß der hochbetagte zuckerleidende H. der Gefahr, einem Herzschlage zu erliegen, ebensosehr außerhalb der Betriebsstätte und unabhängig vom der Betriebsarbeit, wie gerade im Betriebe und bei der Betriebsarbeit ausgesetzt war. Was das fernere Vorbringen der Klägerin anlangt, so kann zwar auf Grund der in diesem Verfahren veranlaßten nachträglichen Unfalluntersuchung unbedenklich ein Betriebsunfall des H. vom Frühjahr 1910 als erwiesen angesehen werden; nicht zugegeben kann dagegen werden, daß der am 7. Juli 1911 erfolgte Tod des H. auf diesen Unfall zurückzuführen war. Nach dem als maßgebend anzuerkennenden Gutachten des Oberarztes Hofrat Dr. S. stand mit diesem Unfall der Tod H. weder mittelbar noch unmittelbar im ursächlichen Zusammenhang. H. hatte sich nach der Amputation des rechten Beines, die infolge des Betriebsunfalles vom Jahre 1910 erforderlich geworden war, derartig erholt, daß er eine Gewichtszunahme von 25 Pfund zu verzeichnen hatte. Er hatte somit, wie mit dem Sachverständigen unbedenklich anzunehmen ist, die schädigenden Folgen des Unfalles und der Abnahme des Beines völlig überwunden. Dagegen war H. in hohem Grade zuckerleidend, und diese Krankheit in Verbindung mit dem hohen Alter mußte als hinreichend erscheinen, um den Tod durch einen Herzschlag herbeizuführen. Unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles war somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß H. nicht einem Unfall im Banne des Betriebes, sondern zufälligerweise an der Betriebsstätte einer krankhaften Anwandlung zum Opfer gefallen ist. Krankhafte Anwandlungen aber, die nicht sowohl als Wirkungen einer ungewöhnlichen überanstrengenden Tätigkeit, von der hier nicht die Rede sein

Digitized by Google

kann, als vielmehr lediglich als Folge besonderer körperlicher Anlage und Beschaffenheit (hier Zuckerkrankheit) zufälligerweise gerade bei der Arbeit hervortreten, gehören nach der feststehenden Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts nicht zu den einen Betriebsunfall darstellenden Ereignissen. Es war somit dem Rechtsmittel der Erfolg zu versagen. Den hiergegen eingelegten Rekurs verwarf das Reichsversicherungsamt wie folgt:

Nach Prüfung des gesamten Sachverhalts hat das Reichsversicherungsamt keinen Anlaß gefunden, von der Entscheidung des Schiedsgerichts abzuweichen, da diese die Sach- und Rechtslage zutreffend würdigt: Neue Ausführungen hat die Klägerin im Rekursverfahren nicht gemacht. Nach den einwandfreien Feststellungen des Schiedsgerichts ist der am 7. Juli 1911 erfolgte Tod des Mannes der Klägerin nicht die Folge eines Betriebsunfalles gewesen, sondern durch die Zuckerkrankheit des Verstorbenen verursacht worden. Auch der im Betriebe der Firma von E. erlittene Unfall vom Frühjahr 1910 mag zwar die Abnahme des rechten Beines des damals schon zuckerkranken Mannes der Klägerin zur Folge gehabt haben, der Tod des H. ist aber auch nicht durch diesen Unfall herbeigeführt worden. Der Rekurs war somit zurückzuweisen. Eine Verpflichtung zur Erstattung außergerichtlicher Kosten besteht nicht.

(DDr.) **Eine auf den Betrieb gerichtete Zweckbestimmung eines Ganges.**

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Oktober 1912.

Der im Betriebe von So. & Sohn angestellte Kutscher B. hatte, wie die angestellten Ermittlungen ergeben haben, täglich bei der Kundin Frau S. oder, falls diese verreist war, bei deren Schwiegertochter anzufragen, ob und wann gefahren werden solle. Vormittags verrichtete B. Stallarbeit im So.schen Betriebe. Nach Beendigung seiner Morgenarbeit begab er sich nach seiner Wohnung, um sich für den Dienst bei Frau S. umzukleiden. Von da begab er sich ins So.sche Geschäft zurück, um per Telephon sich die Aufträge der Kundin zu erbitten. Auf diesem Wege, von seiner Wohnung, wo er sich umgezogen und gefrühstückt hatte, nach dem am Mittelweg belegenen So.schen Betriebe, wurde B. am 14. April 1911 von einem Automobil überfahren. Er erlitt hierbei einen linksseitigen Knöchelbruch, sowie eine Quetschung der rechten Hand. Der Rentenanspruch des B. wurde von der Fuhrwerksberufsgenossenschaft mit der Begründung abgelehnt, der Weg, auf dem Kläger verunglückt sei, habe mit einem Betriebs-, vielmehr lediglich einem eigenwirtschaftlichen Interesse des Verletzten gedient und könne somit dem Betriebe nicht zugerechnet werden. Hiergegen machte Kläger im Berufungsverfahren geltend, es handle sich nicht um einen vor Beginn oder nach Beendigung der Arbeit unternommenen Weg; der Weg habe vielmehr dazu gedient, ihm den Wechsel seiner Kleidung zu ermöglichen, und dieses habe im Interesse des Betriebes gelegen, denn er hätte unmöglich in seiner Stallkleidung Aufträge seiner Herrschaft ausführen können. Nach Erhebung weiterer Beweise erkannte das Gericht einen Betriebsunfall mit folgender Begründung an:

Die angestellten Ermittlungen haben ergeben, daß der Weg, auf dem Kläger durch ein Automobil überfahren ist, keineswegs ausschließlich dem eigenwirtschaftlichen Interesse des Verletzten, nämlich der Befriedigung eines leiblichen Bedürfnisses (Einnahme des Frühstücks) diente, daß er vielmehr in der Hauptsache im Interesse des Betriebes zurückgelegt wurde. Kläger hat sich von der Betriebsstätte nach seiner Wohnung in erster Linie um deswillen begeben, um, wie er sich ausdrückt, für seine Herrschaft Frau S. „repräsentabel" zu machen. Nachdem er sich umgekleidet hatte, legte er den Weg von seiner Wohnung nach dem So.schen Stallgebäude insofern im Interesse des Betriebes zurück, als er nunmehr sich telephonisch weitere Instruktionen bezüglich seiner Betriebstätigkeit zu holen hatte. Wenn Kläger den Aufenthalt in seiner Wohnung außer zum Umkleiden auch noch zum Frühstücken, also zur Befriedigung eines leiblichen Bedürfnisses, somit im eigenwirtschaftlichen Interesse benutzte, so tritt doch dieser nur nebenher beabsichtigte Zweck weit hinter die eigentliche Zweckbestimmung, die auf den Betrieb gerichtet war, zurück. Das Gericht hat somit keine Bedenken getragen, den Gang, auf dem Kläger zu Schaden kam, dem Betriebe zuzurechnen und somit einen Unfall im Banne des Betriebes anzunehmen. Was die Höhe der dem Verletzten zu gewährenden Rente anlangt, so ergibt das als maßgebend anzuerkennende Gutachten des Professors Dr. K., daß nach Abschluß des Heilverfahrens Kläger durch Unfallfolgen noch um 50 % in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt erscheint. Es war somit unter Aufhebung des angefochtenen Ablehnungsbescheides dem dagegen eingelegten Rechtsmittel zu entsprechen.

In dem hiergegen eingelegten Rekurs bestritt die Beklagte nach wie vor, daß Kläger sich zur Zeit des Unfalles auf einem Betriebsgange befunden habe, der Unfall habe sich vielmehr nur auf dem Wege zur Arbeitsstätte ereignet.

Das Reichsversicherungsamt bestätigte unter Verwerfung des Rekurses die angefochtene Entscheidung mit folgender Begründung:

Der Kläger hatte sich, nachdem er vormittags Stallarbeit verrichtet hatte, nach seiner Wohnung begeben, um sich dort umzukleiden; er nahm auch dort das Frühstück ein. Nachdem er sich umgekleidet hatte, begab er sich nach dem Kontor, um dort bei der Herrschaft, der er zugewiesen war, zunächst telephonisch, erforderlichenfalls aber persönlich, wie dies oft gewünscht wurde, anzufragen, wann er mit seinem Fuhrwerk vorzufahren habe. Auf diesem Gange hat ihn der Unfall betroffen. Hieraus ergibt sich, daß dieser Gang in der Hauptsache den Zwecken des Betriebes diente, wie das Schiedsgericht zutreffend ausführt; daß B. hauptsächlich nur nach Hause ging, um dort zu frühstücken, ist nicht anzunehmen, da für diesen Zweck ihm am Orte seiner Tätigkeit ein Raum zur Verfügung stand, wie durch die Bekundung des Geschäftsführers St. feststeht. War die Zweckbestimmung des Ganges aber auf den Betrieb gerichtet, so muß, wie das Reichsversicherungsamt wiederholt ausgesprochen hat, der Unfall, der den Kläger dabei traf, als Betriebsunfall anerkannt werden. Gegen die Höhe der Rente und der Berechnung des Arbeitsverdienstes sind Bedenken nicht zu erheben. Der Rekurs war hiernach zurückzuweisen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Digitized by Google

(DDr.) **Ein als Schlosserlehrling verunglückter Versicherter kann nicht als ein Arbeiter angesehen werden, der auf das zweiäugige Sehen besonders angewiesen ist.**

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 5. November 1912.

Der frühere Schlosser S. bezog in Anlaß eines am 7. Dezember 1897 erlittenen Betriebsunfalles, der den Verlust des linken Auges zur Folge hatte, rechtskräftig eine Teilrente von 33 1/3 %. Ein im Jahre 1904 von der Berufsgenossenschaft gestellter Antrag, die Rente auf eine solche von 25 % herabzumindern, wurde sowohl vom Schiedsgericht als auch vom Reichsversicherungsamt abgewiesen. Ermittlungen ergaben, daß er wöchentlich 30 M., gleichartige Arbeiter dagegen 40 bis 50 M. die Woche verdienen. Auf Grund eines Gutachtens des Augenarztes Dr. K. vom 27. August 1911, in dem völlige Gewöhnung an die Einäugigkeit angenommen wird, hat die Berufsgenossenschaft abermals die Herabsetzung der Rente auf 25 % beantragt. Das Gericht hat diesen Antrag mit folgender Begründung abgewiesen:

Das Gericht konnte aus mehreren Gründen dem Antrage nicht stattgeben. Ueber die Frage, ob vorliegendenfalls durch Gewöhnung an die Einäugigkeit eine wesentliche Besserung eingetreten ist oder nicht, ist bereits in den Urteilen des Schiedsgerichts vom 7. September 1904 und des Reichsversicherungsamts vom 26. Januar 1905 entschieden worden. Damals waren seit dem Unfall sieben Jahre vergangen, und Prof. Dr. v. M. hatte bereits damals ausgeführt, es sei wohl anzunehmen, daß nach Verlauf einer Reihe von Jahren seit dem Unfall eine Angewöhnung an den Verlust des linken Auges eingetreten sei. Das Schiedsgericht hat trotzdem die Herabsetzung der Rente abgelehnt, weil es den Verletzten zu derjenigen Arbeiterklasse rechnete, für die die Gewährung einer Rente von 33 1/3 % als dauernde Entschädigung für den Verlust eines Auges in Frage kommt. Das Reichsversicherungsamt war dieser Auffassung ausdrücklich beigetreten, denn es sagt am Schlusse seiner Begründung: „Auch im übrigen war den Ausführungen des Schiedsgerichts beizutreten." Im übrigen hatte das Reichsversicherungsamt damals angenommen, daß mit Rücksicht auf das jugendliche Alter des Verletzten bereits in den drei Monaten seit Entlassung aus dem Krankenhause bis zur Festsetzung der 33 1/3 %igen Rate volle Gewöhnung eingetreten war. Mithin verkennt das jetzt gehörte Gutachten die rechtliche Sachlage. Die Gründe des Schiedsgerichts und Reichsversicherungsamts sind rechtskräftig geworden. Die Auffassung des Arztes ist nur eine veränderte Beurteilung der Sachlage bei unverändertem Sachstande. Selbst wenn aber Dr. K. recht haben sollte, so müßte doch in den sieben Jahren bis zur Abgabe der erwähnten Entscheidungen völlige Gewöhnung eingetreten sein. Es kann nicht, wie Dr. K. selbst nicht behauptet, wieder eine neue Gewöhnung von 1905 bis 1911 eingetreten sein. Hiervon abgesehen steht das Gericht auf dem Standpunkt, daß für den Verletzten als einen Schlosser, der in der Schmiede arbeitet, die Weitergewährung der Rente von 33 1/3 % angezeigt ist. Richtig ist, daß das Reichsversicherungsamt in neuerer Zeit bei Beurteilung der Erwerbsbeeinträchtigung nach Verlust eines Auges die Unterschiede zwischen qualifizierten und nicht qualifizierten Arbeitern nicht mehr macht. Dagegen hat das Reichsversicherungsamt durchaus nicht den Standpunkt aufgegeben, daß in besonderen, nach Lage des Einzelfalles zu entschädigenden Fällen, wo es nämlich auf ein besonders scharfes, doppelseitiges Sehen oder Arbeiten unter gefährdeten Umständen ankommt, die Gewährung einer Rente von 33 1/3 % nach wie vor angezeigt ist. Einer dieser letzteren Fälle liegt hier vor. Der Verletzte ist als gelernter Schlosser verunglückt; daß ein Schlosser, der feinere Arbeiten zu verrichten hat, schwerer geschädigt ist, weil er besonders auf gesunde Augen und scharfes Sehen angewiesen ist, liegt auf der Hand. Außerdem hat S. in der Schmiede gearbeitet, wie er denn auch in der Schmiede verunglückte. Daß am Feuer arbeitende Schmiede mehr geschädigt sind wegen der Gefährdung durch die Hitze, Rauchentwicklung usw., ist ebenfalls in der letzten Zeit häufig anerkannt. Hinzukommt noch, daß es sich hier um einen Schlosser handelt, der seinen Beruf aufgegeben hat. In seinem neuen Beruf steht S reichlich ein Drittel hinter seinen gleichartigen Kollegen zurück. Endlich dürfte vielleicht auch der Standpunkt der Billigkeit in Betracht gezogen werden. Denn der Verletzte ist als jugendlicher Arbeiter verunglückt, sein Jahresarbeitsverdienst betrug 900 M., sodaß die 33 1/3 %ige Rente an sich recht gering ist.

Im Rekursverfahren wurde unter Aufhebung des schiedsgerichtlichen Urteils dem Antrage der Berufsgenossenschaft mit folgender Begründung stattgegeben:

Durch das Urteil des Reichsversicherungsamts vom 26. Januar 1905 war die Herabsetzung der Teilrente von 33 1/3 % abgelehnt worden, weil nicht als erwiesen angenommen wurde, daß seit der Festsetzung der Teilrente von 33 1/3 % eine weitere Gewöhnung eingetreten sei. Nach dem einwandfreien Gutachten des Dr. K. in Berlin vom 27. August 1911 hat sich aber der Verletzte inzwischen an das einäugige Sehen vollkommen gewöhnt; die ärztliche Prüfung hat ergeben, daß sich das Entfernungsschätzungsvermögen vollkommen eingestellt hat. Das künstliche Auge sitzt gut und wird gut vertragen. Die Schleimhaut der linken Augenhöhle ist frei von Entzündung und krankhafter Absonderung und nicht mehr empfindlich. Das unverletzte rechte Auge hat normale Sehfähigkeit. Eine Herabsetzung der Rente ist jetzt daher gerechtfertigt. Der Verletzte war zur Zeit des Unfalls erst fünfzehn Jahre alt und erst neun Monate im Schlosserhandwerk tätig, also noch im Anfang der Ausbildung begriffen. Er kann schon deshalb nicht etwa als ein Arbeiter angesehen werden, der in besonderem Maße auf zweiäugiges Sehen angewiesen war und aus diesem Grunde beim Verlust eines Auges Anspruch auf die Gewährung einer über das übliche Maß hinausgehenden Rente hat. Hiernach erscheint eine Teilrente von 25 % als eine ausreichende Entschädigung für die noch vorhandenen Unfallfolgen. Unter Aufhebung der Vorentscheidung war dementsprechend die Rente vom 1. November 1911 ab auf 25 % der Vollrente herabzusetzen.

Digitized by Google

(DDr.) **Angeblicher Zusammenhang eines tödlichen Bronchialkatarrhs mit einem Unfall durch Erkältung (Schreck- und Kältewirkung).**

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 18. Oktober 1912.

Der Schauermann W. fiel am 5. Oktober 1910 während der Arbeit (Drahtverholen) ins Wasser. Er arbeitete zunächst weiter. Vierzehn Tage später, am 19. Oktober 1910, erkrankte er an einem Luftröhrenkatarrh und bezog hierfür 9 Tage Krankengeld. Am 31. Oktober 1910 nahm er seine Arbeit wieder auf, erklärte auch am 13. November 1910 vor der Polizeibehörde, er sei völlig wiederhergestellt und habe durch den Unfall keine Nachteile für seine Arbeitsfähigkeit zurückbehalten. Am 15. Dezember 1910 erkrankte W. an Influenza und starb am 28. Januar 1911 an Luftröhrenkatarrh und Herzschwäche. Der Augenzeuge des Unfalls, Schauermann S., der den W. seit Jahren als völlig gesunden Mann gekannt haben will, meint, W. habe nach dem Unfall immer gekränkelt und selbst geäußert, durch das kalte Bad habe er sich wohl einen Knacks an seiner Gesundheit weggeholt. Die Ehefrau W. hat bekundet, nach dem Unfalle habe ihr Mann mehrfach die Arbeit aussetzen müssen, sei auch einmal krank nach Hause gebracht worden. Während der erstbehandelnde Arzt sich wenn auch nicht für einen unmittelbaren, so doch für einen mittelbaren ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Tod aussprach, verneinte der Vertrauensarzt der Berufsgenossenschaft Dr. E. jeglichen Zusammenhang. Daraufhin wies letztere den Anspruch der Witwe auf Hinterbliebenenrente ab. Im gleichen Sinne erkannte nach Erhebung umfangreicher Beweise das Oberversicherungsamt mit folgender Begründung: Auch das Oberversicherungsamt konnte nicht die Ueberzeugung gewinnen, daß mit Gewißheit oder mit an Gewißheit grenzender Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, der Tod des W. sei ursächlich auf den Betriebsunfall vom 5. Oktober zurückzuführen. Die Ermittlungen haben in Uebereinstimmung mit dem von der Klägerin beigebrachten Attest des erstbehandelten Arztes Dr. M. ergeben, daß W. an den Folgen einer mit Luftröhrenkatarrh verbundenen Influenza und an Herzschwäche verstorben ist. Fraglich ist, ob diese Krankheitserscheinungen im zeitlichen Zusammenhang mit dem Unfall vom 5. Oktober 1910 stehen. Dr. M. gibt selbst zu, daß ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen Tod und Trauma nicht gegeben sei; einen mittelbaren Zusammenhang konstruiert er insofern, als die durch den Unfall bedingte Schreck- und Kältewirkung einen ungünstigen Einfluß auf Herz- und Luftwege ausgeübt und zur dauernden Schwäche dieser Organe geführt habe. Dieser Schwächezustand habe sich bei der verhältnismäßig anstrengenden Arbeit des W. verschlimmert und endlich den Tod herbeigeführt. Diesen Ausführungen vermochte sich indes das Gericht angesichts der Gutachten des Dr. E. und vor allem des Professors Dr. D. nicht anzuschließen. In Uebereinstimmung mit dem Gutachten des letztgenannten Sachverständigen vermißte das Gericht den durchaus erforderlichen zeitlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Tod. Professor Dr. D. betont, daß, wenn ein schwerer Bronchialkatarrh als Folge eines Sturzes in kaltes Wasser angenommen werden soll, zwischen dem Sturz und dem Auftreten der Krankheitserscheinungen höchstens eine Zwischenzeit von zwei bis drei Tagen verstreichen könne. Hier aber hat W. nach seinem Sturze ins Wasser noch vierzehn Tage beschwerdefrei weitergearbeitet. Von maßgebender ärztlicher Seite ist jedenfalls nicht nachgewiesen, daß W. während dieser ersten Wochen nach dem Unfall an einer Erkrankung der Atemwege gelitten hat. Der auf Vorschlag der Klägerin vernommene Zeuge S. hat bekundet, daß W. nach dem Unfall nur über Magenbeschwerden und Appetitlosigkeit, nicht aber etwa über Beschwerden der Atemwege geklagt hat. Anzunehmen ist somit, daß der am 20. Oktober 1910 einsetzende Luftröhrenkatarrh zufällig und außer Zusammenhang mit dem Unfall erworben ist. Von diesem Katarrh aber war W. sogar seinen eigenen Angaben nach am 31. Oktober 1910 so völlig wiederhergestellt, daß er von da ab ungehindert seiner Arbeit nachgehen konnte. Dann setzte aufs neue gänzlich unabhängig vom Unfall am 15. Dezember, also anderthalb Monate später, eine neue Erkrankung — eine starke Erkältung, wiederum mit Luftröhrenkatarrh verbunden, — ein. An den Folgen dieser Erkrankung ist W. zugrunde gegangen. Mag auch die Möglichkeit eines Kausalzusammenhanges — die nach der feststehenden Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts für die Begründung eines Rentenanspruchs nicht genügt — nicht ganz ausgeschlossen werden können, so spricht doch die überwiegende Wahrscheinlichkeit für die Verneinung eines solchen.

Der hiergegen eingelegte Rekurs wurde, wie folgt, verworfen:

Das Rekursgericht ist den Gründen des vorinstanzlichen Urteils, das den Sachverhalt zutreffend und erschöpfend würdigt und durch die in der Rekursinstanz gemachten Ausführungen nicht widerlegt wird, beigetreten. W. hat nach dem am 5. Oktober 1910 erlittenen Unfall mit der Arbeit nicht ausgesetzt, sondern ist erst am 19. Oktober 1910 an Bronchialkatarrh erkrankt. Es ist nicht ausgeschlossen, daß diese Krankheit durch die Erkältung bei dem am 5. Oktober 1910 erlittenen Unfall verursacht ist, namentlich da seine Mitarbeiter ihn in der Zwischenzeit mehrfach über sein Befinden haben klagen hören. Dagegen hat er, nachdem er am 29. Oktober 1910 von der Krankenkasse wieder gesund geschrieben worden, die Arbeit wieder aufgenommen und am 13. November 1910 vor der Polizeibehörde, wie diese bedenkfrei bescheinigt hat, anerkannt, wieder völlig hergestellt zu sein. Wenn daher am 15. Dezember eine neue Erkrankung des Verstorbenen an Influenza auftrat, so ist ein ursächlicher Zusammenhang dieser Erkrankung mit der am 29. Oktober 1910 überwundenen oder mit der am 5. Oktober 1910 erlittenen Erkältung doch mindestens sehr unwahrscheinlich. Professor Dr. D. weist zutreffend darauf hin, daß zur Annahme eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Auftreten eines schweren Bronchialkatarrhs und einem Unfall durch Erkältung auch nachgewiesen werden muß, daß der erstere sich zeitlich der letzteren anschließt und daß höchstens eine Zwischenzeit von zwei bis drei Tagen ohne Krankheitserscheinungen verstreichen kann. Im vorliegenden Falle sind aber solche etwa $1^1/_2$ Monate lang von keiner Seite — außer von der in der Sache nicht unbefangenen Witwe — wahrgenommen worden. Die Aeußerungen der Mitarbeiter des W., wonach dieser ihnen nach dem Unfall einen gesundheitlich ungünstigen Eindruck gemacht habe, sind zu allgemein gehalten: dem Zeugen St. hat der Verletzte auch nur über Magenbeschwerden geklagt, die doch jedenfalls mit der Todesursache nichts zu tun hatten, und wenn der Zeuge bekundet, daß er W. etwa drei Wochen nach dem Unfall habe nach Hause schaffen müssen, so bezog sich dies

Digitized by Google

offenbar auf die am 19. Oktober 1910 aufgetretene Krankheit, also nicht auf das Leiden, das schließlich zum Tode geführt hat. Es ist zwar nicht ganz von der Hand zu weisen, daß der Schreck und die Kältewirkung infolge des Unfalls das Herz und die Luftwege des Verstorbenen ungünstig beeinflußt und zu einer dauernden Schwäche dieser Organe geführt haben; es muß aber andererseits erwogen werden, daß Krankheiten, wie die im Dezember einsetzende Influenza und der zum Tode führende Bronchialkatarrh im Herbst und im Winter häufig auftreten, ohne ihre Ursache in einem länger zurückliegenden Unfalle zu haben. Es kann daher nicht als mit ausreichender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen gelten, daß gerade der durch den Unfall etwa geschwächte Zustand der Organe des W. seine letzten Erkrankungen wesentlich beeinflußt hat, und die bloße Möglichkeit genügt nicht zur Rechtfertigung des Rentenanspruchs.

Ursächlicher Zusammenhang zwischen einer Handverletzung und einer ein Vierteljahr später zum Tode führenden Lungenentzündung.

Entscheidung des **Württ. Landesversicherungsamts** vom 9. November 1912.

(Mitgeteilt von Oberreg.-Rat Schmucker, Stuttgart.)

Der am 24. Februar 1862 geborene Landwirt Pf. in Fl. erlitt am 31. Juli 1911 einen landwirtschaftlichen Betriebsunfall: Beim Futterschneiden brachte er seine linke Hand in die Maschine, so daß ihm Zeige-, Mittel- und Ringfinger nahezu völlig, vom Daumen und Kleinfinger je das Nagelglied abgeschnitten wurden. Nach dem Zeugnis des behandelnden Arztes Dr. W. begann die Behandlung am Unfalltag und dauerte bis Mitte August. Am 30. Oktober 1911 starb der Verletzte. Dr. W. berichtete hierwegen, der Unfall habe den Mann stark mitgenommen, er sei körperlich im allgemeinen sehr zurückgekommen. Als er ihn Mitte September besucht habe, habe er den Pf. sehr verändert gefunden; er habe deutliche Erscheinungen einer tuberkulösen Lungenspitzenaffektion nachgewiesen. Anfang Oktober sei eine weitere Verschlimmerung aufgetreten: Fieber, Bauchfellreizung, Erbrechen. Ende Oktober sei eine Lungenentzündung hinzugekommen. Nach der Bekundung von Dr. W. zum Sterberegister ist Pf. einer Lungentuberkulose verbunden mit Bauchtuberkulose erlegen. Dr. W. sagt hierzu: Da Pf. vor der Verletzung in der Hauptsache gesund gewesen sei, dürfe man wohl annehmen, daß die allgemeine körperliche Entkräftung und die sich anschließende Tuberkulose eine Folgeerscheinung der Verletzung gewesen seien.

Da Pf. nach dem Auszug aus dem Familienregister eine Ehefrau und vier noch nicht 16 Jahre alte Kinder hinterlassen hat, hat die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für den . . . kreis bezüglich der Todesursache bzw. des ursächlichen Zusammenhangs der zum Tod führenden Erkrankung mit dem Unfall in Frage weitere Erhebungen gemacht. Dr. W. äußerte sich nochmals, Pf. habe sich von der Verletzung trotz guter Heilung der Wunden nicht mehr erholt; der Kräftezustand sei immer geringer geworden; auf der rechten Lunge seien Erscheinungen aufgetreten, welche den Verdacht einer Tuberkulose nahegelegt haben; dazu sei dann eine rechtsseitige — jedenfalls tuberkulöse — Lungenentzündung gekommen, der Pf. erlegen sei. Die Tuberkulose sei infolge der Verletzung aufgetreten: also stehe der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall. Bemerkt wurde noch, daß Pf. Mitte August Kolikanfälle gehabt habe. Nunmehr gab die Berufsgenossenschaft dem Dr. W..f, von welchem Pf. zunächst — bis zur Uebernahme der Behandlung durch Dr. W. Mitte August 1911 — behandelt worden war, Gelegenheit zur Stellungnahme. Dieser berichtete, der Blutverlust infolge der Verletzung sei zwar nicht auffallend stark, aber doch reichlich gewesen, die Heilung sei ohne Fiebererscheinungen und ohne stärkere Eiterung in 16 Tagen glatt erfolgt. Am 12. August habe Pf., der schon einige Tage vorher über Magenbeschwerden und völlige Stuhlverhaltung geklagt habe, Erbrechen bekommen. Der Leib sei aufgetrieben, irgendeine Geschwulst oder entzündliche Veränderung nicht nachweisbar gewesen. Fieber habe nicht bestanden. Durch geeignete Maßnahmen sei am 15. August der Darmweg wieder frei geworden. Erscheinungen von seiten der Lunge seien nicht vorhanden gewesen: Weder Husten noch Auswurf noch Schmerzen auf Brust oder Rücken. Die schwere Verletzung habe unmittelbar nach dem Unfall einen merkbaren Kräfterückgang zur Folge gehabt, der durch die Darmverlegung noch gesteigert worden sei.

„Daß durch diese starke Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Körpers ein tuberkulöser Keim zu rascher Entwicklung kommen konnte, ist wohl möglich, sofern nicht ein bisher unbeachtet und ohne Erscheinungen verlaufendes malignes (bösartiges) Darmleiden mit Durchbruch in Bauchhöhle in Frage kommen konnte." Nunmehr veranlaßte die Berufsgenossenschaft den Medizinalrat R. zur Erstattung eines Obergutachtens. Dieser Sachverständige hat ausgeführt:

„Ein bestimmtes Urteil abzugeben ist in vorliegendem Fall nicht möglich, deshalb, weil wir gar nicht wissen, an was Pf. gestorben ist. Daß der Tod an Tuberkulose erfolgt ist, glaube ich nicht und Dr. W..f läßt ja auch seinen Zweifel in dieser Beziehung zwischen den Zeilen lesen; und ich glaube es — von anderem abgesehen — schon deshalb nicht, weil eine Handverletzung, wie sie bei Pf. eingetreten war, mit zwar starken, aber nicht auffälligem Blutverlust und mit glatter Heilung innerhalb 16 Tagen, doch wahrlich keine so schwächende Wirkung übt, daß ein geringfügiger tuberkuloser Keim einen Anstoß dadurch erhält, der geeignet ist, zu einer so rapiden Ausbreitung über Lungen und Bauchfell zu führen. Es wäre etwas anderes, wenn schon vor dem Unfall eine manifeste, wenigstens auf der Lunge schon zu ausgeprägter Entwicklung gekommene Tuberkulose, die den gesamten Ernährungszustand schon ungünstig beeinflußt hätte, vorhanden gewesen wäre. Davon ist aber keine Rede; es konnte sich höchstens um einen ganz versteckten, schlummernden Keim gehandelt haben, denn noch am 16. August, als die Darmstörung abgelaufen war, hat ein so zuverlässiger Untersucher, wie Dr. W..f war, lediglich keine Krankheitserscheinungen auf der Lunge vorgefunden und jedenfalls auch sonst nirgends eine Andeutung tuberkulöser Erkrankung, denn er hätte sonst gewiß nicht unterlassen, davon zu berichten. Einen so geringfügigen Keim setzt aber eine solche Verletzung kaum in Bewegung; wie viele Finger- und Handverletzungen mit viel schwereren Folgen, namentlich mit langwierigen, schwächenden Eiterungen gehen uns bei der Berufsgenossenschaft jahraus jahrein durch die Hände, ohne daß wir je eine Nachwirkung hätten beobachten können, wie sie für den vorliegenden Fall von Dr. W. vorausgesetzt worden ist.

Um vieles wahrscheinlicher ist mir, daß Pf., wie offenbar auch Dr. W..f annimmt, einer bösartigen Neubildung im Darm zum Opfer gefallen ist. Die Erfahrung lehrt uns, daß solche Neubildungen im Darm zu einer gewissen, schon recht ansehnlichen Größe sich entwickeln können, ohne wesentliche Funktionsstörung und ohne auffällige Beeinträchtigung des Ernährungszustandes;

Digitized by Google

eines Tags treten die ersten Erscheinungen gestörter Darmtätigkeit auf und es kommt nun in rascherem Ablauf zu aufdringlichen Krankheitserscheinungen und zu rasch zunehmender Entkräftung. Damit würde stimmen, was wir bei Pf. beobachten konnten: Im August plötzliche alarmierende Störung der Darmtätigkeit; nach deren Behebung auffälliges Abnehmen, später erneutes Erbrechen, kolikartige Schmerzen im Bauch, entzündungsartige Erscheinungen an Bauchfell, schließlich terminale Lungenentzündung. Wenn die von Dr. W..f und Dr. W. geschilderten Krankheitserscheinungen in diesem Sinn betrachtet und gedeutet werden, so ergibt sich eine befriedigendere und allen Erscheinungen besser gerecht werdende Gesamtbetrachtung, als wenn wir sie mit Tuberkulose in Beziehung bringen.

War bei Pf. eine bösartige Neubildung, wie ich annehme, zur Zeit des Unfalls schon vorhanden, so ist ja klar, daß er dieser Neubildung auch ohne Unfall in gemessener Zeit erliegen mußte; immerhin ist aber zuzugeben, daß die Schwächung der ersten 14 Tage geeignet war, ein etwas rascheres Tempo der Gesamtwirkung der Neubildung herbeizuführen."

Der Bescheid der Berufsgenossenschaft erging nun dahin: „Ein Anspruch auf Sterbegeld und Hinterbliebenenrente werde nicht anerkannt, weil der Tod des Pf. mit dem Unfall vom 31. Juli 1911 nicht in ursächlichem Zusammenhang stehe; es müsse mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß Pf. an einer bösartigen Neubildung im Darm, die völlig unabhängig vom Unfall sich entwickelt habe, verstorben sei. Eine Unfallrente sei nicht festzustellen, weil Pf. vor Ablauf von 13 Wochen vom Unfall an gerechnet, gestorben sei."

Die gegen diese Abweisung des Anspruchs erhobene Berufung wurde durch Urteil des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung R. als unbegründet verworfen mit der Begründung:

„Für das Schiedsgericht waren die Ausführungen des Medizinalrats R., denen sich der Schiedsgerichtssachverständige angeschlossen hat, überzeugend. Zwar hat Dr. W. im Widerspruch zu dem Gutachten von Medizinalrat R. bzw. zu den Ausführungen von Dr. W..f Stellung nehmend in der Instanz des Schiedsgerichts weiter ausgeführt: Nach der ihm von Dr. Z. in A., der den Pf. zur Zeit des Unfalls wegen Ueberäsurung des Magens verbunden mit chronischer Verstopfung eine Zeitlang behandelt hatte, gewordenen Mitteilung habe Pf. Ende August 1911 an heftigem Erbrechen bei völligem Versagen der Darmtätigkeit gelitten. Eine Geschwulst habe Dr. Z. nicht feststellen können, wie derselbe auch die Diagnose nicht auf bösartige Neubildung gestellt habe, obgleich eine solche wohl nicht von der Hand gewiesen werden könne. Die Ueberäsurung des Magens schließe aber in der Regel die Diagnose auf bösartige Neubildung aus. Aus den Worten des Dr. W..f gehe übrigens hervor, daß auch dieser Arzt als Todesursache mit Wahrscheinlichkeit eine Tuberkulose ansehe. Medizinalrat R. gegenüber betont Dr. W., die Vorbedingungen zur Weiterentwicklung eines tuberkulösen Keims seien bei Pf. nach seinen Wahrnehmungen sicher vorhanden gewesen. Weder Dr. W..f noch Dr. Z. noch er selbst haben bei Pf. je eine Geschwulst durchtasten können; auch sei ihm nichts von Blutbrechen oder Blut im Stuhl bekannt geworden. Er beharre auf seiner Meinung und bedaure nur, daß die Hinterbliebenen des Pf dessen Sektion nicht gestattet haben. Demgegenüber hat der Schiedsgerichtssachverständige Dr. A. ausgeführt, er schließe sich den einleuchtenden Ausführungen von Medizinalrat R. durchaus an. Pf. sei offenbar vor dem Unfall nicht, wie Dr. W. angenommen habe, von einem sehr dürftigen Ernährungszustand, sondern jedenfalls mittelkräftig und in der Hauptsache gesund gewesen, wie sich aus anläßlich eines Unfalls des Pf. vom August 1908 verhandelten Akten ergebe. Der Verlauf der Erkrankung von Mitte August 1911 ab, die mit dem plötzlichen Darmverschluß eingesetzt habe, lasse sich mit der Annahme eines chronischen, bösartigen Darmleidens viel leichter in Einklang bringen als mit der Annahme einer Lungentuberkulose. Darmkrebs könne lange Zeit bestehen, ohne irgendwie in die Erscheinung zu treten und ohne daß das Durchfühlen einer Geschwulst verlangt werden müsse. Dr. A. gelangte zu dem Schluß:

„1. Eine tuberkulöse Erkrankung, welche, wenn auch nur mittelbar, mit dem Unfall vom 31. Juli 1911 in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden konnte, liegt mit einem höheren Grade von Wahrscheinlichkeit nicht vor.

2. Viel wahrscheinlicher, den Krankheitsverlauf zwanglos erklärender ist die Annahme eines bösartigen Darmleidens, das, jedoch völlig unabhängig vom Unfall sich entwickelte und wohl schon längere Zeit vor demselben, ohne weitere Erscheinungen zu machen, zur allmählichen Entwicklung kam.

3. Eine Beschleunigung in der Entwicklung des angenommenen Darmleidens durch den Unfall erscheint mir unwahrscheinlich, da der Unfall nicht den Bauch, sondern eine Hand betraf."

Heute hat Dr. A. noch bemerkt, da es sich bei Pf. jedenfalls nicht um einen Magenkrebs gehandelt habe, so seien die Ausführungen von Dr. W. wegen der bei Pf. durch Dr. Z. beobachteten Ueberäsurung des Magens hinfällig.

Es ist ja nicht zu verkennen, daß im vorliegenden Fall eine Entscheidung außerordentlich schwierig ist, da die Klägerin selbst die Vornahme einer Sektion verweigert hat, die allein einen sicheren Boden für die Beurteilung der Sachlage hätte schaffen können. Die in sich schlüssigen, durch die Stellungnahme von Dr. W. nicht widerlegten Ausführungen von Medizinalrat R. und Dr. A. nötigten aber das Schiedsgericht zu einer für die erhobenen Entschädigungsansprüche ungünstigen Stellungnahme: Mit einem höheren Grad von Wahrscheinlichkeit kann ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall in Frage und Tod des Pf. nicht angenommen werden; vielmehr spricht die größere Wahrscheinlichkeit dafür, daß Pf. einem selbständigen Leiden erlegen ist, das einer unbekannten Ursache seine Entstehung verdankte.

Die Witwe Pf. legte gegen dieses Erkenntnis Rekurs ein, welcher durch Urteil des Kgl. Württ. Landesversicherungsamts vom 9. November 1912 abgewiesen wurde, im wesentlichen unter Bezugnahme auf ein von der Rekursinstanz eingeholtes Obergutachten des Medizinaldirektors Dr. v. R. Dieser Sachverständige hat ausgeführt:

„Daß die unmittelbare Ursache des Todes des Pf. eine Lungenentzündung gewesen ist, kann angesichts der bestimmten diesbezüglichen Angaben des Herrn Dr. W. trotz Mangels einer Autopsie nicht bezweifelt werden, ebensowenig, daß diese nicht die gewöhnliche, selbständige Form dieser Krankheitskategorie war (kroupöse Pneumonie), sondern diejenige, welche sehr häufig im späteren Verlauf einer schweren allgemeinen Konsumtionskrankheit auftritt (terminale Pneumonie), und zu dieser lediglich im Verhältnis eines von ihr längst vorbereiteten Abschlusses steht. Die eigentliche Todesursache ist in solchen Fällen eben doch lediglich die vorhergegangene schwere Allgemeinkrankheit gewesen.

Ueber die Natur dieser Allgemeinkrankheit bei Pf. sind nun die Vorbegutachter verschiedener Meinung: Der behandelnde Arzt meint, daß es sich um eine Tuberkulose gehandelt habe, Medizinalrat R. und ihm sich anschließend Dr. A. halten eine Karzinose für wahrscheinlicher. Durchaus wahrscheinlich ist, daß es sich tatsächlich um eine

Digitized by Google

dieser beiden Krankheiten gehandelt hat; denn wenn man mangels einer Leichenöffnung andere Möglichkeiten (z. B. Diabetes, Nierenleiden) nicht mit Sicherheit ausschließen kann, so spricht doch der vom behandelnden Arzt beobachtete rapide Verfall des Ernährungszustandes und der Kräfte am ehesten für eine bösartige Karzinose oder für eine subakute Tuberkulose. Welche von ihnen aber wirklich vorhanden gewesen ist, das kann ganz unmöglich mehr entschieden werden. Von den verhältnismäßig wenigen wirklich objektiven Krankheitszeichen, welche in den Akten niedergelegt sind, können die einen mehr zugunsten der Karzinose des Darmkanals (chronische Verstopfung) schon vor dem Unfall, plötzliche Erkrankung mit Erbrechen und völligem Versagen der Darmtätigkeit, Kolikanfälle, andere mehr zugunsten von Tuberkulose der Lungen und des Bauchfells (Husten, Fieber) gedeutet werden. Als entscheidend für das eine oder andere kann ich keines derselben anerkennen. Es bleibt also lediglich als sicher, daß Pf. an einer schweren inneren mit allgemeinem Kräfteverfall einhergehenden Krankheit (Konsumtionskrankheit) gelitten hat und gestorben ist, und als wahrscheinlich, daß diese Krankheit entweder Karzinose oder Tuberkulose gewesen ist.

Man kann übrigens meines Dafürhaltens bei der Entscheidung der Frage über den Zusammenhang des Unfalls vom 31. Juli 1911 mit dem Tode des Pf. es ganz dahingestellt sein lassen, ob er an Karzinose oder an Tuberkulose gestorben ist. Denn in beiden Fällen halte ich es für ausgeschlossen, daß der Unfall den Ausbruch der Krankheit verursacht, oder, wenn sie vorher schon bestanden haben sollte, sie in ihrem Verlauf wesentlich beeinflußt hat. Das gilt namentlich auch gegenüber der Tuberkulose. Man darf nicht vergessen, daß diese Krankheit zu denjenigen gehört, die aus rein inneren Ursachen den Menschen am allerhäufigsten befallen, daß von äußeren Ursachen sicher nur örtliche Gewalteinwirkungen für örtliche Tuberkulosen in Frage kommen können, für ausgebreitetere innere Tuberkulose dagegen gelegentlich höchstens ganz schwere, mit langem Krankenlager, schweren Eiterungen, langanhaltendem zehrendem Fieber usw. verbundene Verletzungen als wahrscheinliche Mitursache anerkannt werden können. Von einer solchen Verletzung kann bei Pf. keine Rede sein: Bei ihm handelt es sich lediglich um den Verlust einiger Finger, einen keineswegs schweren Blutverlust und eine prompte Heilung innerhalb 16 Tagen ohne Fieber und ohne Eiterung. Angesichts dessen kann man das Auftreten des zunehmenden Kräfteverfalls bei Pf. bald nach dem Unfall lediglich als ein zufälliges Zusammentreffen einer verhältnismäßig nicht schweren Verletzung mit dem Anfangsstadium einer schweren rein inneren Erkrankung ansehen. Hiernach habe ich das gewünschte Gutachten dahin abzugeben, daß weder mit Sicherheit noch mit einem höheren Grade von Wahrscheinlichkeit angenommen werden kann, daß der Tod des Pf. durch die am 31. Juli 1911 erlittene Verletzung verursacht oder wenigstens beschleunigt worden ist."

(Kl.) **Wann ist ein Betriebsunfall als erwiesen anzusehen? Auch die durch einen Unfall herbeigeführte Verschlimmerung eines alten Leidens ist Unfallfolge.**

Entscheidung d. **Reichsversicherungsamtes**, 14. Rekurssenat, vom 22. November 1912 — Ia 13243/12 —.

Die Klägerin war am 30. März 1911 früh 4¼ Uhr in dem Betriebe des Allgemeinen Konsumvereins zu H. mit dem Austragen von Frühstück beschäftigt. In einem Wohnhause kam sie auf der Treppe zu Fall und erlitt dabei mit dem rechten Knie einen Stoß an eine Treppenkante, wodurch eine Erkrankung des Kniegelenks hervorgerufen wurde. Der Fall entstand dadurch, daß das Treppengeländer, an dem sich die Klägerin festhielt, sich aus der Mauer löste. Augenzeugen des Unfalles waren nicht vorhanden, jedoch fand der Ehemann der Klägerin, der ebenfalls Frühstück mit austrug, seine Frau auf jener Treppe liegend auf. Nach der Ansicht des die Frau zuerst behandelnden Arztes litt diese an einem durch chronische Entzündung bereits vorher geschwächten Kniegelenk, das durch ein Trauma betroffen wurde und darauf durch einen Bluterguß reagierte. Auch der Chefarzt des Elisabethkrankenhauses kam in einem Gutachten zu dem Schluß, daß es sich um eine Verletzung des rechten Kniegelenks handele, welche ein schon vorher krankhaft verändertes Gelenk getroffen hat.

Die Berufsgenossenschaft lehnte den Rentenanspruch ab, weil der Unfall nicht erwiesen sei, und weil das Leiden schon vor dem 30. März 1911 bestanden habe. Das Schiedsgericht für Arbeiterversicherung in Merseburg schloß sich dieser Ablehnung an. Das Reichsversicherungsamt sprach jedoch der Verletzten die Rente zu.

Aus den Gründen:

Richtig ist allerdings, daß kein Augenzeuge vorhanden ist, der den Unfall der Klägerin einwandfrei zu bestätigen vermöchte. Darum ist der Unfall aber noch nicht unbeweisbar, wie das Schiedsgericht ausweislich der Begründung seines Urteils anzunehmen scheint. Die Vorinstanz hat selbst eine Reihe von Zeugen vernehmen lassen, die unter ihrem Eide mit großer Bestimmtheit bekundet haben, die Klägerin habe ihnen am Tage des Unfalls selbst oder bald danach erzählt, daß sie beim Frühstückaustragen in einem Hause auf der Huttenstraße auf einer Treppe beim Hinaufgehen gefallen sei und sich das Knie verletzt habe. Aus diesen Zeugenaussagen in Verbindung mit der Bekundung des Ehemannes der Klägerin, daß er am fraglichen Tage seine Frau auf der Treppe liegen gefunden habe und den Angaben, die die Klägerin bald nach dem Unfalle dem erstbehandelnden Arzt gegenüber gemacht hat, hat der erkennende Senat die Überzeugung gewonnen, daß sich der Vorgang am 30. März 1911 so zugetragen hat, wie die Klägerin behauptet, daß die Klägerin also einen Unfall beim Betrieb erlitten hat.

Daß dieser Unfall das schwere Kniegelenkleiden der Klägerin nicht verursacht hat, kann nach dem Berichte des erstbehandelnden Arztes über den Zustand der Klägerin vor dem Unfall und nach dem Gutachten dieses Arztes und des Krankenhausarztes Dr. A. allerdings nicht zweifelhaft sein. Das Reichsversicherungsamt ist aber zu der Überzeugung gelangt, daß der Unfall einen wesentlichen verschlimmernden Einfluß auf ein altes, schon vor dem Unfall entstandenes Gelenkleiden ausgeübt hat. Diese Überzeugung gründet sich einmal auf die Tatsache, daß das Kniegelenkleiden alsbald nach dem Unfall die heftigsten Erscheinungen gezeigt und ernste ärztliche Maßnahmen notwendig gemacht hat, und sodann auf das Gutachten des schon genannten Dr. A., das der Sachverständige unter dem 24. Mai 1912 in Ergänzung seines früheren Gutachtens erstattet hat und in dem er zu dem Ergebnisse gelangt ist, daß mit Wahrscheinlichkeit eine Beschleunigung oder Verschlimmerung durch den Unfall hervorgerufen worden ist.

Die Beklagte mußte hiernach verurteilt werden,

Digitized by Google

die Klägerin wegen der Folgen des Unfalls zu entschädigen. Mangels genügender Unterlagen für die Bemessung der der Klägerin bis in die neueste Zeit zustehenden Entschädigungen hat sich das Reichsversicherungsamt darauf beschränkt, die Verurteilung der Beklagten dem Grunde nach auszusprechen.

Abkommen zwischen dem Deutschen Reiche und Belgien über Unfallversicherung.

Vom 6. Juli 1912 (RGBl. S. 23).

I. Bestimmungen für übergreifende Betriebe.

Artikel 1.

Sind Betriebe, die ihren Sitz im Gebiet eines der vertragschließenden Teile haben und ihre Tätigkeit auch im Gebiete des anderen Teiles ausüben, den Unfallversicherungs- (Unfallentschädigungs-)Gesetzen beider Länder unterworfen, so ist, vorbehaltlich der in den Artikeln 2 bis 4 vorgesehenen Ausnahmen, das Unfallversicherungsrecht desjenigen Landes, in welchem die Tätigkeit ausgeübt wird, für diese ausschließlich maßgebend.

Dies gilt ohne Rücksicht auf den Ort, an dem das Personal angenommen worden ist, vorausgesetzt, daß es sich um Tätigkeiten handelt, die entweder in Deutschland oder in Belgien ausgeübt werden.

Artikel 2.

Bei Betrieben des Deutschen Reichs, eines deutschen Bundesstaats, einer deutschen Gemeinde oder eines deutschen Gemeindeverbandes oder des Belgischen Staates, einer belgischen Provinz oder Gemeinde oder eines Verbandes von belgischen Provinzen oder Gemeinden ist das Recht des Landes, dem der Betrieb angehört, auch für die Tätigkeit, die ein im Betriebe beschäftigter Beamter im anderen Lande ausübt, ausschließlich maßgebend.

Artikel 3.

Bei Beförderungsbetrieben ist für bewegliche (fahrende) Teile des Betriebs, die aus dem einen Lande in das andere übergreifen, ohne Rücksicht auf den Umfang der in dem einen und der in dem anderen Lande ausgeübten Tätigkeit, ausschließlich das Recht des Landes maßgebend, in welchem der Betrieb seinen Sitz hat. Unter diesem Rechte verbleibt das Personal des fahrenden Teiles, auch soweit es in den übrigen Teilen des Betriebs tätig wird, die sich in dem anderen Lande vollziehen.

Artikel 4.

Unbeschadet der Bestimmungen der Artikel 2, 3 bleibt bei Betrieben jeder Art das Recht des Landes, in welchem der Betrieb seinen Sitz hat, während der ersten sechs Monate, in denen der Betrieb im anderen Lande ausgeübt wird, für solche Personen, die bis zu ihrer dortigen Beschäftigung in einem jenem Rechte unterliegenden Teile des Betriebes tätig waren, ausschließlich maßgebend.

Artikel 5.

Bei Berechnung der Zeit, während welcher der Betrieb außerhalb des Landes ausgeübt wird, in welchem er seinen Sitz hat (Artikel 4), sind mehrere nebeneinander ausgeübte Tätigkeiten als eine einzige Tätigkeit anzusehen, die vom Beginne der zuerst ausgeübten Tätigkeit bis zum Ende der zuletzt abgeschlossenen Tätigkeit reicht.

Das Gleiche gilt für mehrere nacheinander ausgeübte Tätigkeiten, wenn nicht mehr als 30 Tage dazwischen liegen. Bei einer Zwischenzeit von mehr als 30 Tagen beginnt für die spätere Tätigkeit eine neue Frist von sechs Monaten.

Für die Berechnung des Zeitlaufs ist die Zeit vor dem Inkrafttreten dieses Vertrags mit anzurechnen.

Artikel 6.

Ist nach den Artikeln 1 bis 4 bei einem Betriebe, der seinen Sitz in dem einen Lande hat, das Recht des anderen Landes für die Tätigkeit in diesem Lande maßgebend, so ist solche Tätigkeit im Sinne dieses Rechtes einem Betriebe gleichzuachten.

Artikel 7.

Sind nach dem Rechte eines der beiden Länder Aufwendungen zur Entschädigung für einen Unfall gemacht worden, für den auf Grund des gegenwärtigen Abkommens nach dem Rechte des anderen Landes Entschädigung zu gewähren ist, so hat der hiernach Pflichtige die Aufwendungen aus der von ihm zu gewährenden Entschädigung zu erstatten.

Artikel 8.

Fällt der in dem einen Lande eingetretene Unfall unter die Unfallversicherungsgesetze des anderen Landes, so gelten deren Vorschriften auch insoweit, als es sich um anderweitige Entschädigungsansprüche handelt, die wegen des Unfalls nach den Gesetzen des ersten Landes geltend gemacht werden.

Diese Bestimmung ist auch anzuwenden, wenn ein Betrieb nur der Unfallversicherungsgesetzgebung des einen Landes unterliegt.

II. Bestimmungen über gegenseitige Beziehungen in der Unfallversicherung im allgemeinen.

Artikel 9.

Bei der Durchführung der Unfallversicherung des einen Landes im anderen Lande wird gegenseitig durch die zuständigen Verwaltungs- und Gerichtsbehörden Beistand sowie Rechtshilfe nach Maßgabe der für Zivil- und Handelssachen geltenden Bestimmungen geleistet. Die Behörden stellen in demselben Umfang wie zur Durchführung der eigenen Gesetzgebung in einigen Fällen auch von Amts wegen dasjenige fest, was zur Aufklärung des Sachverhalts erforderlich ist.

Artikel 10.

Die Vorschriften des einen Landes, nach denen auf dem Gebiete der Unfallversicherung für Stempel und Gebühren Befreiungen oder andere Vergünstigungen bestehen, sind entsprechend anzuwenden, soweit es sich darum handelt, in diesem Lande die Unfallversicherung des anderen Landes durchzuführen.

Artikel 11.

Der Zahlungspflichtige kann Zahlungen aus der Unfallversicherung, die den nicht im Lande befindlichen Angehörigen des anderen Landes zukommen, an die Konsularbehörde dieses Landes, in deren Bezirk er seinen Wohnsitz oder Sitz hat, wirksam leisten.

Die Konsularbehörde hat die Einreichung der erforderlichen Bescheinigungen (über Leben, Witwenstand usw.) zu vermitteln.

Artikel 12.

In den Angelegenheiten, die durch Artikel 11 geregelt sind, bestimmen sich die örtliche Zuständigkeit und die Bezirke der Konsularbehörde nach Vereinbarung der beiderseitigen Regierungen.

Digitized by Google

Artikel 13.

Soweit es bei der Anwendung der Unfallversicherungsgesetze des einen Landes auf die Berechnung eines in der Währung des anderen Landes ausgedrückten Arbeitsverdienstes ankommt, wird dieser nach einem allgemein zugrunde zu legenden Mittelwert umgerechnet, der von jeder der beiden Regierungen für die Anwendung der Gesetze ihres Landes festgestellt wird und der anderen Regierung mitzuteilen ist.

Artikel 14.

Als Unfallversicherung im Sinne dieses Abkommens gilt auch die Unfallfürsorge, die für deutsche Beamte an Stelle der Unfallversicherung getroffen ist.

III. Uebergangs- und Schlußbestimmungen.

Artikel 15.

Verpflichtungen aus Unfällen, die sich vor dem Inkrafttreten dieses Abkommens ereignet haben, sind auch weiterhin von demjenigen Entschädigungsträger zu erfüllen, der bisher zum Schadenersatze verpflichtet war.

Artikel 16.

Bestimmungen zur Ausführung dieses Abkommens werden von jedem der vertragschließenden Teile, soweit sie für seinen Bereich erforderlich sind, selbständig getroffen, und zwar auf deutscher Seite durch den Reichskanzler oder die von ihm zu bestimmende Behörde, auf belgischer Seite durch die jeweilig zuständige Stelle. Die hiernach getroffenen Bestimmungen werden sich die beiden Regierungen mitteilen.

Artikel 17.

Dieses Abkommen wird durch Seine Majestät den Deutschen Kaiser und Seine Majestät den König der Belgier ratifiziert und die Ratifikationsurkunden sollen sobald als möglich ausgetauscht werden[1]).

Das Abkommen tritt am 1. Februar 1913 in Kraft. Es kann von beiden Teilen jederzeit gekündigt werden und tritt mit dem Ablauf des auf die Kündigung folgenden Jahres außer Kraft.

Bei Aufhebung dieses Abkommens sind die Verpflichtungen aus denjenigen Unfällen, welche sich während der Geltung des Abkommens ereignet haben, von dem bis dahin verpflichteten Entschädigungsträger weiter zu erfüllen.

[1]) Dies ist laut Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 15. Januar 1913 am 10. Januar 1913 geschehen (RGBl. S. 30).

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Der Antrag auf Befreiung von der Invalidenversicherungspflicht kann nur durch Erklärung gegenüber der Stelle zurückgenommen werden, die die Befreiung gewährt hat.

Entscheidung des **Sächs. Landesversicherungsamts** vom 9. November 1912.

Der Gemeindediener N. in E. hat Gewährung der Invalidenrente beantragt. Die Landesversicherungsanstalt hat den Anspruch zurückgewiesen. Die Berufung des N. hiergegen ist vom Oberversicherungsamte L. verworfen worden. Gegen diese Entscheidung hat N. Revision eingewendet.

Zur Begründung des ablehnenden Bescheides wird von der Landesversicherungsanstalt angeführt, der Kläger habe als Gemeindediener Anspruch auf eine Pension, die den Mindestbetrag der Invalidenrente übersteige. Deshalb habe er nach § 5 Abs. 1 IVG. in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juli 1899 der Versicherungspflicht nicht unterlegen; die von ihm trotzdem geleisteten Beiträge seien daher zu Unrecht entrichtet worden.

Das Urteil des Oberversicherungsamtes beruht auf folgenden Erwägungen: Nach den einschlagenden Akten der Amtshauptmannschaft B. habe der Kläger am 15. Februar 1891 als Militärinvalid Befreiung von der Invaliditäts- und Altersversicherungspflicht beantragt. Diese Befreiung sei ihm durch Beschluß der Amtshauptmannschaft vom 24. Februar 1891 auf Grund von § 4 Abs. 3 IVG. vom 22. Juni 1889 gewährt worden. Der Kläger habe den Antrag auf Befreiung nachmals nicht widerrufen. Da er überdies nunmehr als Gemeindediener eine Pension im jährlichen Betrage von 375 M. beziehe, während der Mindestbetrag der Invalidenrente sich auf 116 M. belaufe, so habe er nach § 1234 RVO. kein Recht auf Invalidenrente. Die Vorschrift in Art. 73 Einf.Ges. z. RVO. treffe auf ihn nicht zu.

In der Revisionsschrift führt der Kläger aus: Er beziehe jährlich 144 M. Militärpension und habe deshalb, weil er der Meinung gewesen sei, daß neben der Pension Invalidenrente nicht gewährt werde, bei der Amtshauptmannschaft um die erwähnte Befreiung nachgesucht. Als er später von § 48 IVG. gehört habe, habe er Verzicht auf die Befreiung geleistet und nunmehr seit 1902 regelmäßig Beiträge gesteuert. Er habe damals ausnahmslos versicherungspflichtige Beschäftigung getrieben. Erst 1908 sei durch ein mit Genehmigung der Amtshauptmannschaft erlassenes Ortsgesetz seine Pensionsberechtigung begründet worden, die ihm mit Rücksicht auf seine erst wenigen Dienstjahre nur geringe Vorteile bringe und die er abgelehnt haben würde, wenn er gewußt hätte, daß sie sein Recht auf Invalidenrente beeinträchtige.

Seine Revision wurde verworfen. **Aus den Gründen.**

Der geltend gemachte Anspruch ist nur begründet, wenn der Kläger für den Fall der Invalidität versichert war. Diese Voraussetzung ist aber nach den von der Vorinstanz getroffenen tatsächlichen Feststellungen nicht erfüllt. Dahingestellt bleiben kann ob zur Darlegung dieser Annahme die Erwägungen genügen, die die Vorinstanz an den durch den Erlaß des Ortsgesetzes im Jahre 1908 geschaffenen Rechtszustand geknüpft hat. Selbst wenn die Erlassung des Ortsgesetzes auf die Versicherungspflicht des Klägers keinen Einfluß gehabt hätte, so war doch jedenfalls diese Verpflichtung durch die vom Kläger nachgesuchte und ihm bewilligte Befreiung erloschen, und sie hätte nur durch die Rücknahme des Antrags auf Befreiung wieder aufleben können. Diese Rücknahme ist aber nach der Feststellung des Vorderrichters nicht erfolgt. In der seit 1902 erfolgten Entrichtung von Beiträgen kann sie nicht gefunden werden, weil für die Entgegennahme der Rücknahmeerklärung nur die untere Verwaltungsbehörde in Betracht kam. Wie bei ihr der Antrag auf Befreiung angebracht werden mußte, so konnte dieser wirksam auch nur durch eine an sie gerichtete Erklärung wieder zurückgezogen werden.

Mit Recht nimmt das Oberversicherungsamt an, daß dem Anspruche des Klägers auch nicht mit Art. 73 Einf.Ges. z. RVO. aufzuhelfen ist. Denn

Digitized by Google

diese Vorschrift regelt nur die Versicherungspflicht für die Zeit nach dem 1. Januar 1912 und hat nicht die Tragweite, daß die ohne das Bestehen einer Versicherungspflicht früher entrichteten Beiträge so anzusehen sind, als seien sie auf Grund einer solchen Verpflichtung entrichtet worden.

Auch der § 1446 Abs. 1 RVO. verbunden mit Art. 79 Einf.Ges. dazu kommt dem Kläger nicht zustatten. Die Anwendung dieser Bestimmung hat zur Voraussetzung, daß ein Recht zu der hier allein in Betracht kommenden Selbstversicherung bestanden hat, und dies trifft nicht zu, da der Kläger schon, als er mit der Entrichtung der Beiträge begann, älter als 40 Jahre war (§ 14, Abs. 1 JVG. und § 1243 RVO.).

Das Rechtsmittel der Revision ist auch in den Fällen zulässig, wo es sich um die Entziehung der Invalidenrente (RVO. § 1304) handelt.

Entscheidung des **Sächs. Landesversicherungsamts** vom 9. November 1912.

Es fragt sich zunächst, ob die Revision nicht deshalb unzulässig sei, weil es sich in Fällen der Entziehung der Rente (§ 1304 RVO.) um das Ende der Rente im Sinne des § 1696 Ziff. 1 RVO. handelt, (so Kommentar von Dannenberg usw. 1. Bd. Ziff. 3 bei § 1696). Die Gesetzesmotive (zu vgl. Komm.-Verh. zu § 1654 des Entw.) lassen nicht klar erkennen, ob durch die Ziff. 1 des § 1696 der Fall der Entziehung der Rente infolge wesentlicher Aenderung mit habe getroffen werden sollen oder nicht. Das Landesversicherungsamt hat sich in Uebereinstimmung mit dem Kommentar von Düttmann usw. Bd. 1 S. 445 Ziff. 3 bei § 1696 für die engere Auffassung der Bestimmung entschieden. Ebenso wie der Ausschluß der Revision in dem Falle, wo es sich um die Höhe der Rente handelt, nach allgemein geteilter Auffassung des Gesetzes sich nicht auf die Frage erstreckt, ob die Voraussetzungen des Rentenanspruchs gegeben seien, muß nach Ansicht des Landesversicherungsamtes die letztere Frage nach dem annehmbaren Willen des Gesetzes, auch wenn der Beginn oder das Ende der Rente in Betracht kommt, der Prüfung der Revisionsinstanz offen stehen. Der Gesetzgeber will gerade die wichtigsten Fragen der Versicherungspflicht und der Invalidität, und darunter die nach den Voraussetzungen der letzteren, der Nachprüfung in der Revisionsinstanz zugänglich machen (siehe auch Kommentar z. RVO. von Köhler usw. Anm. 4 zu § 1696).

(Kl.) Gewährung der Witwenrente nach § 1258 RVO., Art. 71 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO.

Entscheidung des **Kgl. Knappschaftsoberversicherungsamtes Halle a. S.** vom 11. Dezember 1912.

Der am 13. Mai 1858 geborene W. hat laut Beitragsbescheinigung der beklagten Norddeutschen Knappschaftspensionskasse bis zum 10. Dezember 1911 Versicherungsbeiträge entrichtet. Er erkrankte am 11. Dezember 1911 und starb am 2. Januar 1912.

Am 21. Januar 1912 stellte die Ehefrau des Verstorbenen einen Antrag auf Bewilligung der Witwenrente. Nach dem beigebrachten Gutachten des Knappschaftsarztes Dr. B. vom 24. April 1912 leidet Klägerin an Versteifung des rechten Hüftgelenks und Verkrümmung der Wirbelsäule, außerdem an einer linksseitigen Plattfußanlage.

Mit Bescheid vom 15. Mai 1912 lehnte Beklagte den Rentenantrag ab, weil der Ehemann der Klägerin seit dem 11. Dezember 1911 krank, also bei Beginn des Jahres 1912 zweifellos dauernd erwerbsunfähig gewesen sei; er sei am 2. Januar 1912 gestorben, ohne die Erwerbsfähigkeit wiedererlangt zu haben. Nach § 188 Abs. 2 der Satzung bestehe mithin kein Anspruch auf Fürsorge für die Hinterbliebenen.

Hiergegen hat Klägerin Berufung eingelegt. Sie hat eine Bescheinigung des Knappschaftsarztes Dr. B. in Ammendorf vom 4. Juni 1912 beigefügt, nach welcher ihr Mann am 2. Januar 1912 an Herzschlag gestorben ist; vom 7. Dezember 1911 an sei er an Schlagaderverkalkung erkrankt und erwerbsunfähig gewesen und habe am 1. Januar 1912 noch nicht als Invalide, d. i. dauernd erwerbsunfähig, angesehen werden können Art. 71 Einf.Ges. z. RVO. könne also nicht zur Anwendung kommen.

In der mündlichen Verhandlung wurde der Klägerin nach Einholung einer ausführlichen Begründung von Dr. B., warum der Verstorbene am 1. Januar 1912 noch nicht erwerbsunfähig gewesen sei, die Rente zugesprochen. **Gründe:**

Voraussetzung für die Bewilligung ist neben der dauernden Invalidität der Antragstellerin, die von der Beklagten nicht bestritten wird, nach § 188 der Satzung, daß der verstorbene Ehemann der Klägerin am 1. Januar 1912 noch nicht dauernd erwerbsunfähig war.

Da der Verstorbene vor 1912 erkrankt und am 2. Januar 1912 verstorben ist, so hängt die Entscheidung der Frage, ob Witwenrente zu gewähren ist, davon ab, ob der Ehemann bereits am 1. Januar 1912 dauernd erwerbsunfähig war und dann gestorben ist, ohne die Erwerbsfähigkeit inzwischen wiedererlangt zu haben.

Diese Voraussetzung liegt nach dem von dem Gerichte eingeholten ausführlichen Gutachten des Dr. B. nicht vor. Der Ehemann der Klägerin war seit 7. Dezember 1911 bis zu seinem Tode am 2. Januar 1912 wegen eines kleinen brandigen Geschwürs an der linken zweiten Zehe krank und arbeitsunfähig. Schon früher hatte er öfter vorübergehend an derartigen Geschwüren gelitten. Der Verlauf der Krankheit war durchaus normal, besondere Erscheinungen traten nicht auf, am 27. Dezember 1911 war das Geschwür fast verheilt, sodaß der Kranke in die Sprechstunde des Dr. B. gehen konnte und mit Einverständnis des Arztes die Arbeit in absehbarer Zeit wiederaufnehmen wollte. Der Tod trat dann am 2. Januar 1912 plötzlich und unerwartet ein. Es ist nach Ansicht Dr. B.s als Zufall zu betrachten, daß W. starb, als er gerade an dem Zehengeschwür litt. Von dauernder Invalidität im gesetzlichen Sinne könne am 1. Januar 1912 nicht die Rede sein.

Das Kgl. Knappschafts-Oberversicherungsamt trägt umsoweniger Bedenken, sich dem eingehenden Gutachten anzuschließen, als Dr. B. nach eigener Angabe den Verstorbenen jahrelang gekannt und öfter behandelt hat.

Digitized by Google

(DDr.) **Versicherungspflicht eines völlig erblindeten Musikers.**

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Hamburg** vom 5. Oktober 1912.

Der frühere Steward, jetzige Musiker P., der auf Grund der Versicherungspflicht 244 Beitragsmarken entrichtet hatte, verdiente sich seit August 1905 sein Brot als Musiker in Kaffeelokalen und Wirtschaften. Gegen Ende 1908 begann er an Sehschwäche zu leiden; nach etwa einem Jahre erblindete er vollständig. Auch nach seiner Erblindung wurde der Lebensunterhalt der aus fünf Köpfen bestehenden Familie hauptsächlich durch den Verdienst des P. bestritten, der nach seinen glaubhaften Angaben stets mehr als 1500 M. im Jahre verdiente. Auf den Wegen von und nach der Arbeit begleiteten ihn seine Frau oder seine Kollegen, beim Spielen wurden an ihn die gleichen Anforderungen gestellt, wie an andere Musiker, diesen Anforderungen konnte er deshalb genügen, weil er eine besondere Fähigkeit zum Auswendigspielen besaß und ein großes Repertoire aus dem Kopf beherrschte. In einem Rentenstreitverfahren handele es sich um die Frage, ob eine bestimmte Anzahl von Marken rechtsgültig verwendet worden sei. Die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte bestritt dies, weil P. seit mehr als zwei Jahren vollkommen erblindet sei. Sie hielt ihn deshalb für invalide und versicherungsunfähig nach § 1236 RVO., und zwar im Gegensatze zu ihrem Vertrauensarzt Dr. R., der trotz der völligen Erblindung und des Nervenleidens (tabes) des P. sich dahin aussprach, daß, solange P., unbeeinflußt durch sein Nervenleiden, den Bogen seiner Geige führen und tatsächlich 150 M. im Monat verdienen könne, er nicht als invalide im gesetzlichen Sinne anzusehen sei. Das Versicherungsamt nahm die Versicherungspflicht des P. mit etwa folgender Begründung an:

Es fragt sich, ob, ev. seit wann P. infolge seines Leidens im Wettbewerbe auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte soweit beeinträchtigt war, daß er nicht mehr das gesetzliche Lohndrittel zu erwerben vermochte. Trotz seiner Blindheit kann er an sich doch vermöge besonderer, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte zu verwertender Fähigkeit in der Lage sein, der durch sein Leiden bedingten Beschränkung in der Benutzung von an und für sich geeigneten Arbeitsgelegenheiten wirksam zu begegnen, Revisionsentscheidung 594, Amtl. Nachr 1897, S. 408. P. besaß zweifellos eine solche Fähigkeit. Er hat von Jugend auf gut auswendig spielen können, und deshalb konnte er auch nach seiner völligen Erblindung seinen Beruf als Musiker nach wie vor vollkommen ausfüllen. Rücksicht wurde auf seine Person nur insofern genommen, als ihn seine Frau oder seine Kollegen von und zur Arbeitsstätte begleiteten. An ihn wurden die gleichen Anforderungen gestellt, wie an einen gesunden Geiger, und daß er dasselbe leistete, beweist die Tatsache, daß er auch nach seiner Erblindung fortwährend Stellung gehabt hat, ja sogar von ein und derselben Kapelle wiederholt als Mitglied angenommen worden ist; auch hat er einen Verdienst von der Höhe erzielt, wie ihn gesunde Musiker zu erzielen pflegen. Er hat also bewiesen, daß ihm in den in Betracht kommenden Zeiten der allgemeine Arbeitsmarkt nicht verschlossen gewesen ist. Da er also derzeit noch nicht invalide war, hat er die fraglichen Marken zu Recht verwendet. Solange sich daher sein Allgemeinbefinden nicht verschlimmert und solange er in der Lage ist, in gleicher Weise wie bisher seinen Beruf auszuüben, wird er auch künftig Beitragsmarken gültig entrichten können. Rente würde er aber wegen Verlustes seiner Anwartschaft nur erhalten können, wenn er noch bis zum Juni 1913 in dieser Weise erwerbsfähig bleibt und somit bis dahin volle 200 Beitragsmarken gültig entrichten kann.

Hiergegen legte die Landesversicherungsanstalt Beschwerde ein, der sich P. anschloß. Erstere führte aus, infolge des Zusammentreffens von völliger Blindheit mit hochgradigem Nervenleiden sei P. nicht mehr imstande, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte das gesetzliche Lohndrittel zu verdienen. Nur durch erhebliche Unterstützung seitens seiner Ehefrau und seiner Mitspieler sowie durch ein großes, ihm von seinen Arbeitgebern entgegengebrachtes Wohlwollen sei er überhaupt in den Stand gesetzt, seine Tätigkeit als Musiker auszuüben; ev. werde die Einziehung eines Obergutachtens beantragt.

Das Oberversicherungsamt wies die Beschwerde mit etwa folgender Begründung ab:

Die Frage, unter welchen Voraussetzungen Blinde dauernd erwerbsunfähig im gesetzlichen Sinne sind, hat die Rechtsprechung wiederholt beschäftigt. In den maßgebenden Revisionsentscheidungen 594 und 965, Amtl. Nachr. 1897 und 1902, S. 408, 388, wird ausgeführt, daß gewiß in den meisten Fällen ein Blinder, insbesondere wenn er erst, wie hier, im späteren Lebensalter das Augenlicht verlor, nicht mehr fähig sein werde, auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte eine derartige Arbeit zu verrichten, die ihn dauernd befähige, das gesetzliche Lohndrittel zu verdienen. Dieser Satz könne aber keineswegs ausnahmslos gelten. Es sei sehr wohl denkbar, daß blinde Personen vermöge besonderer Fähigkeiten, namentlich dann, wenn sie von Jugend auf eine ihren natürlichen Anlagen entsprechende Ausbildung empfangen hätten, in den Stand gesetzt würden, sich durch geeignete Arbeit ihren Lebensunterhalt zu erwerben, und zwar nicht nur mittels Gewöhnung an die Beschäftigungsverhältnisse bei einem bestimmten Arbeitgeber, sondern auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte. Letzteres aber trifft, wie die Vorinstanz überzeugend ausführt, bei P. zu, denn er war bei verschiedenen Arbeitgebern beschäftigt, an ihn wurden die gleichen Anforderungen gestellt wie an andere Musiker, und er hat durch seine Tätigkeit nach seinen glaubhaften Angaben stets mehr als 1500 Mk. im Jahre verdient. Zwar liegt bei P. außer völliger Blindheit noch ein hochgradiges Nervenleiden vor. Aber auch dieses hinderte ihn bislang nicht an der gewissenhaften Ausübung seiner Tätigkeit, und Dr. R. nimmt an, daß, solange P., unbeeinflußt durch sein Nervenleiden, den Bogen der Geige führen kann, er noch nicht als dauernd erwerbsunfähig zu bezeichnen ist. Für die Behauptung, dem P. sei bei Ausübung seiner Tätigkeit ein großes Wohlwollen von seinen Arbeitgebern entgegengebracht worden, ist die Beschwerdeführerin den Beweis schuldig geblieben. Nach dem Polizeibericht vom 25. April 1912 wird im Gegenteil anzunehmen sein, daß bei dem häufigen Stellenwechsel des P. den einzelnen Arbeitgebern die persönlichen Verhältnisse des P. kaum näher bekannt waren, sie mithin auch keinen Anlaß hatten, ihm ein besonderes Wohlwollen entgegenzubringen. Die von der Beschwerdeführerin beantragte Einziehung eines Obergutachtens endlich erschien nach Sachlage und auch um deswillen um so weniger erforderlich, als Beschwerdeführerin in ihrem in der Beschwerdeschrift ausdrücklich in bezug genommenen Schreiben vom 28. Juni 1912 selbst die durchaus zutreffende Auffassung vertritt, daß

Digitized by Google

die Entscheidung der hier zu beantwortenden Frage mehr eine juristische als medizinische ist und daher auch einer medizinischen Beurteilung ausschlaggebender Wert nicht beigemessen werden kann.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

„Unabwendbares Ereignis" im Sinne des Kraftfahrzeuggesetzes.

Urteil des **Reichsgerichts**, 6. Zivilsenat, vom 16. November 1912.

Die grundsätzliche Haftung des Fahrzeughalters ist nach näherer Bestimmung des § 7 Abs. 2 des Gesetzes vom 3. Mai 1909 (RGBl. S. 437, Arb.-Versorgg. 1909 S. 530) ausgeschlossen, „wenn der Unfall durch ein unabwendbares Ereignis verursacht wird". Ueber diesen Begriff spricht sich das bezeichnete Urteil (nach dem „Recht" 1913, Entsch. 414, 415) wie folgt aus:

Der Begriff des unabwendbaren Ereignisses nach § 7 Abs. 2 Satz 2 KraftfG fällt nicht zusammen mit dem Begriffe der höheren Gewalt in § 1 RHaftpflG., er stellt vielmehr eine Erweiterung des letzteren dar. Ob ein Ereignis mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederzukehren pflegt, ist für den Begriff der höheren Gewalt von Bedeutung, nicht aber für den des unabwendbaren Ereignisses. Ist der Unfall ursächlich nicht auf einen Fehler in der Beschaffenheit des Kraftfahrzeuges noch auf ein Versagen seiner Verrichtungen, ist er insbesondere auf ein Verhalten Dritter oder eines Tieres oder des Verletzten selbst zurückzuführen, mag dieses letztere ein schuldhaftes oder unverschuldetes sein, so gilt er als unabwendbares Ereignis, wenn er auch bei der äußersten Sorgfalt des Halters und des Führers nicht abgewendet werden konnte. Gerade die Fälle des unverschuldeten Hineinlaufens von Kindern in das rollende Fahrzeug, die als höhere Gewalt von der Rechtsprechung zum RHaftpflG nicht angesehen würden, werden in das unabwendbare Ereignis nach § 7 einbegriffen, sofern nur der Halter wie der Führer frei von jedem Verschulden sind. Zu den zu beachtenden Umständen des Falles gehören namentlich die Verkehrsverhältnisse des Ortes und dessen Straßen, die das Kraftfahrzeug durchfährt. Daraus, daß der Führer seitwärts hinter dem Straßenbahnwagen fuhr, ergibt sich, daß für ihn der Ausblick auf die andere Seite der Straße durch den Straßenbahnwagen verdeckt war. Danach mußte er sein Verhalten einrichten. Für die Entscheidung der Frage, ob jede nach den Umständen gebotene Sorgfalt beobachtet ist, kommt es auch darauf an, ob er mit der Möglichkeit rechnen konnte, daß ein Mensch, Erwachsener oder Kind, von der Straßenseite her, auf die ihm der Ausblick verdeckt war, unmittelbar vor dem Straßenbahnwagen die Gleise zu kreuzen versuchen würde. Das hängt aber wiederum von den allgemeinen Verkehrsverhältnissen der Straße und des Straßenteiles ab, wo der Unfall sich ereignete.

Reisespesen als Ersatz für Zuwendungen oder als Lohnteil. — Pfändbarkeit.

Beschluß des Landgerichts I Berlin, 9. Zivilkammer, vom 17. Mai 1912.

Durch den Pfändungsbeschluß war der Anspruch des Schuldners auf Auszahlung von Provision und Reisespesen, soweit diese den Betrag von 1500 M. jährlich übersteigen, beschlagnahmt. Auf Erinnerung des Schuldners hat das Amtsgericht durch den angefochtenen Beschluß die Beschlagnahme der Spesen aufgehoben, da sie nur den tatsächlichen, auch notwendigen Reiseaufwand des Schuldners deckten. Hiergegen richtet sich die Beschwerde der Gläubigerin. Sie führt aus, soweit die Spesen, wie der Vorderrichter es feststellt, nicht als Dienstvergütung anzusehen seien, stehe ihrer Pfändung keine gesetzliche Bestimmung entgegen. Soweit sie Dienstvergütung darstellten, seien sie nur in den Grenzen des Lohnbeschlagnahmegesetzes pfändbar und diese durch den Pfändungsbeschluß nicht überschritten. Mit der Pfändbarkeit der Spesen könne es sich doch auch nicht anders verhalten, als wenn der Schuldner einheitlich ein sicheres zur Deckung des Spesenaufwandes mitbestimmtes Gehalt bezöge, das doch dann in seinem 1500 M. jährlich übersteigenden Betrag unzweifelhaft pfändbar sei. Das Landgericht wies die Beschwerde ab.

Die Pfändbarkeit des Anspruchs auf Reisespesen läßt sich überhaupt nicht einheitlich beurteilen. Reisespesen sollen in erster Linie dem Reisenden seinen Reiseaufwand ersetzen, können aber so bemessen werden und werden häufig so bemessen, daß sie die tatsächlichen, auch angemessenen Reisekosten übersteigen. Insoweit bilden sie dann einen Teil der Vergütung, und der Anspruch auf sie unterliegt der entsprechenden Anwendung der Bestimmungen des Lohnbeschlagnahmegesetzes. Soweit sie dagegen zur Deckung der tatsächlichen Unkosten dienen, können sie als ein Teil der Vergütung im Sinne dieses Gesetzes nicht gelten. Ihre Pfändbarkeit ist also nicht nach dessen Vorschriften zu beurteilen und das gleiche gilt übrigens auch nach der von der Gläubigerin übersehenen Vorschrift des § 3 Abs. 2 das. in Ansehung desjenigen Teiles des „Lohnes", der zur Deckung der Reiseunkosten über den sonst gewährten Lohn hinaus zugebilligt wird.

Für die Frage der Pfändbarkeit solcher nicht als Vergütung zu behandelnder Spesen (oder Gehaltsteile) kommen demnach die allgemeinen Vorschriften der Zivilprozeßordnung zur Anwendung. Danach mag der Anspruch, der sich auf den Ersatz für aufgelaufene Spesen schon bewirkter Reisen richtet, als ein Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen, die der Reisende im Interesse des Geschäftsherrn gemacht hat, pfändbar sein. Soweit es sich dagegen um den Anspruch auf Spesenersatz für erst anzutretende Reisen handelt, ist die Pfändbarkeit des Anspruchs zu verneinen. „Denn" — wie das Kgl. Kammergericht in dem Beschlusse vom 29. März 1911 (8. W. 906/11) ausführt — „eine Pfändung solcher Spesenforderungen ist nicht nur regelmäßig zwecklos für den Gläubiger, da er eine Befriedigung doch nicht erreichen kann — denn einer Klage würde der Dienstherr mit Erfolg die Einrede entgegensetzen können, die Spesen sollten durch Zahlung an den Gläubiger ihrer bestimmungsgemäßen Verwendung entzogen werden — sondern sie muß für unzulässig erachtet werden."

Digitized by Google

Nach Vorstehendem unterliegen die Ansprüche auf Spesenzahlung ganz verschiedenen Grundsätzen hinsichtlich ihrer Pfändbarkeit. Daraus folgt, daß dem vorliegenden Pfändungsgesuche nicht entsprochen werden kann, da es eine genügend bestimmte Bezeichnung der zu pfändenden Forderung nicht enthält. Auch hier treffen die weiteren Ausführungen des oben herangezogenen Beschlusses zu. Die Gläubigerin hat weder irgendwelche Angaben darüber gemacht, welche Spesen dem Schuldner zustehen und welchen ziffermäßigen Betrag sie als den üblichen Dienst- und Reisenaufwand übersteigend und daher einen Teil der Arbeitsvergütung bildend (in den Grenzen des Lohnbeschlagnahmegesetzes) in Anspruch nimmt, noch hat sie behauptet, daß der Schuldner einen bestimmten Anspruch auf Ersatz von Spesen für ausgeführte Reisen bereits erworben habe oder auf Grund seines Vertragsverhältnisses zur Drittschuldnerin erwerben werde. Solche Angaben wären aber unerläßlich gewesen. Eine Fassung des Pfändungsbeschlusses dahin, daß er sich auf die Ansprüche auf Ersatz für aufgelaufene Spesen schon bewirkter Reisen und auf den, den üblichen Dienst- und Reisenaufwand übersteigenden Teil des Spesenvorschusses für erst anzutretende Reisen (soweit dieser mit den Provisionen zusammen jährlich 1500 M. übersteigt) beziehe, würde völlig unklar lassen, welcher Teil der Spesen gepfändet ist, und die Drittschuldnerin würde aus dem Beschlusse schlechterdings nicht ersehen können, welchen Teil der Spesen sie an den Schuldner zahlen kann und welchen Teil sie an die Gläubigerin zahlen muß. Derartig unbestimmte, zu unübersehbaren Verwickelungen führende Entscheidungen können von dem Gerichte nicht erlassen werden.

Sodann ist das Gesuch auch insofern mangelhaft, als es den Spesenanspruch (ebenso wie den Provisionsanspruch) ohne jede zeitliche Begrenzung gepfändet wissen will. Es bezweckt also die Festlegung der gesamten gegenwärtigen und künftigen 1500 M. übersteigenden Dienstansprüche des Schuldners. Da jeder Anhalt für deren Jahresbetrag bisher fehlt, läßt sich nicht feststellen, ob mit der Stattgabe des Gesuchs nicht eine nach § 803 ZPO. unstatthafte Ueberpfändung ausgesprochen würde. Auch aus diesem Grunde erscheint das Pfändungsgesuch so, wie es vorliegt, unzulässig.

(Bl. f. Rechtspfl. im Bez. d. Kammerger.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Einzelne Streitfälle zwischen Aerzten und Krankenkassen

von allgemeinerem Interesse heben wir aus dem Protokoll über die Sitzung der Einigungskommission des Eßlinger Delegiertenverbandes und Württembergischen Krankenkassenverbandes vom 8. Januar 1913 heraus:

1. Ein Arzt berechnete der Ortskrankenkasse in einem Fall von Mittelohrkatarrh und Ohrgeräusch in der Zeit vom 11. Januar bis 24. Februar 90 M., in einem zweiten Fall mit chronischem Nasenkatarrh und Otosklerose in der Zeit vom 4. Februar bis 23. März 97 M., in einem dritten Fall mit Otosklerose in der Zeit vom 2. bis 30. März 67,50 M., in einem weiteren Fall von Otosklerose vom 16. Oktober bis 2. Dezember 102,50 M., indem er die Patienten nahezu täglich katheterisiert und daneben noch elektrisiert. Das Revisionsamt hat den Arzt vergeblich ersucht, seine Rechnung zu reduzieren, zumal von ohrenärztlicher Seite aus bestätigt wurde, daß eine Behandlung von Otosklerose auch mit Katheter, Elektrisieren und Induktionsstrom doch keinen dauernden Erfolg habe. Dr. J. geht jedoch von seiner Berechnung nicht ab. Die Revisionskommission Dr. Stoll, Blaubeuren und Dr. Gaupp, Göppingen sind der Ansicht, daß jedenfalls nicht zugleich Elektrisieren und Katheterisieren berechnet werden dürfe. Das Gutachten der Einigungskommission ging dahin: Die gleichzeitige Berechnung von Elektrisieren und Katheterisieren in genannten Fällen kann nicht gebilligt werden. Im übrigen zeigt die Rechnung eine derartige Vielgeschäftigkeit, daß bei dem zweifelhaften Resultat der Behandlung die Reduktion der Rechnung in den genannten Fällen auf zwei Behandlungen in der Woche angezeigt ist.

2. Ein Zahnarzt berechnete der Krankenkasse für Behandlung von neun Zähnen 60 M. Die Krankenkasse will nur die Minimaltaxe für neun Plomben, à 2 M. = 18 M., bezahlen, da sie nur diese genehmigt habe. Dr. G. behauptet, es habe sich nur bei einem Zahn um eine einfache Plombe ohne Vorbehandlung gehandelt, während die übrigen acht Zähne eine Vorbehandlung durch Nervtöten, Nervziehen, Wurzelfüllung verlangt haben, bevor die Plomben eingelegt werden konnten und glaubt, daß bei Genehmigung von Füllung auch die notwendige Nervbehandlung mit inbegriffen sei, wie dies bei andern Kassen allgemein der Brauch sei. Die Krankenkasse hätte ausdrücklich bemerken müssen, daß sie für Vorbehandlung nicht aufkomme. Da die Sache von prinzipieller Bedeutung ist, legt die Kasse die Angelegenheit der Einigungskommission vor. Das Gutachten der Einigungskommission ging dahin: Gegen die Berechnung des Dr. G. ist nichts einzuwenden, die Einigungskommission empfiehlt eine entsprechende Regelung durch Verträge.

3. Ein Gutachten der Einigungskommission über geburtshilfliche Leistungen ging dahin:

Ganggebühren dürfen, wenn nicht vertraglich etwas anderes bestimmt ist, nur vom nächstgelegenen Arzt aus berechnet werden. Die Berechnung von Zeitversäumnis neben geburtshilflichen Leistungen ist nach § 4 der Gebührenordnung sowie nach der Entscheidung der Einigungskommission vom 23. Juli 1907 nicht angängig.

4. Gutachten der Einigungskommission, betreffend Berechnung von Zeitversäumnis:

Nach dem Beschluß der Generalversammlung des Eßlinger Delegiertenverbandes vom 23. Juli 1905, der Entscheidung des Ausschusses vom 16. Juli 1909 und der Einigungskommission vom 23. Juli 1911 ist der Arzt nicht berechtigt, Zeitversäumnis neben der Leistungsgebühr zu berechnen. Die Meinung, daß dies nur dann gelte, wenn der Patient am Wohnorte des Arztes sich befinde, wurde nicht gebilligt.

5. Gutachten der Einigungskommission, betreffend mehrfache Untersuchungsgebühr: Die Bemerkung des Arztes „eine zweimalige Untersuchung war erforderlich" ist keine genügende Begründung für eine doppelte Berechnung der Gebühr.

6. Ein Arzt schickte der Bezirkskrankenkasse eine Rech-

Digitized by Google

nung für Behandlung zweier Mitglieder am 15. Januar. Die Patienten hatten demselben eine Bescheinigung ihrer Mitgliedschaft, datiert vom 13. Januar, beigebracht. Die Kasse will die Rechnungen nicht bezahlen, da die Patienten am 14. Januar nicht mehr der Kasse angehört hätten. Das Gutachten der Einigungskommission lautet: Die Kasse ist verpflichtet, die Rechnungen zu bezahlen, wenn sie nicht den Nachweis erbringt, daß die Mitglieder am 14. oder 15. Januar Mitglieder einer anderen Krankenkasse geworden sind, da es sich um fortlaufende Erkrankungen zu handeln scheint.

7. Bei einem Arzte hatte das Revisionsamt stets sehr viel zu beanstanden: Einmal wegen seiner Neigung, neue wenig erprobte Mittel und Spezialitäten, die nicht in die Arzneiverordnung aufgenommen sind, zu verschreiben, sodann wurden diese Mittel häufig nicht in ihren Originalpackungen, sondern in Mischung und im Anbruch verschrieben, ebenso wie er oft die Mittel der Spezialitätenliste auch mit Zusätzen ordiniert. Endlich fanden sich unter seinen Rezepten viele, die in ihrer Form hätten billiger gestaltet werden können, so verordnete er namentlich oft Pulver statt Tabletten ja sogar Pulver mit Oblatenkapseln usw. Er wurde deshalb am 23. August 1909 zum erstenmal, 10. April 1910 zum zweitenmal verwarnt und am 5. Dezember 1911 ihm die dritte Verwarnung zugeschickt, die allerdings erst im Januar 1912 ihm zugekommen zu sein scheint. Seitdem haben sich bei der Revision der B.schen Kasse wieder eine Anzahl Rezepte angesammelt, auf Grund deren bei der Revisionskommission der Antrag gestellt wurde, den Arzt für den Betrag von 15,80 M. haftbar zu machen. Unter anderem finden sich folgende Verordnungen: Nukleogentabletten, Biosäxpillen, Thymobronchin, Histosansirup, Jodomenintabletten, Vesicäsanpillen, Tuberal Thamm, Coryphinbonbons Oxaphor, Pixavon, Extract. Pumil. liqu., Pädotheon und endlich fünf Rezepte mit Urol. Die Revisionskommission ist einstimmig mit dem Antrag einverstanden. Der Arzt protestiert und verlangt Gelegenheit zu einer persönlichen Rechtfertigung vor der Kommission, um den Beweis führen zu können, daß er mit seiner Ordinationsweise immer noch billiger sei, als beim Gebrauch der in der Arzneiverordnung vorgeschriebenen Mittel. Das Gutachten der Einigungskommission geht dahin: Der Einspruch ist unbegründet; der Arzt hat die durch vorschriftsmäßige Verordnung verursachten unnötigen Ausgaben von 15,80 M. der B.schen Kasse zu ersetzen.

8. Eine Anzahl von Aerzten haben Anträge gestellt, die Mittel der sogenannten Concordia Medica in die Arzneiverordnung aufzunehmen, die Frage der Zulassung derselben wird deshalb der Einigungskommission vorgelegt, damit auch die Vertreter der Kassen ihre Ansicht darüber zum Ausdruck bringen können. Die Einigungskommission steht jedoch einstimmig auf dem Standpunkt, diese Mittel abzulehnen, da die Güte und Preiswürdigkeit der Präparate schon mehrfach sehr ungünstig beurteilt worden sind, z. B. findet sich in dem Therapeutischen Monatshefte Nr. 728, 1912 in einem Bericht über Salizol, das als Acid. acetyl. salic. c. 01 Menth. pip. bezeichnet wird, der Passus: Die Untersucher kommen zu dem vernichtenden Urteil, daß die Glasröhrchen mit einer Spur Pfefferminzspiritus befeuchtet und dann mit Azetyl-Salizol-Tabletten gefüllt werden!

9. Eine Krankenkasse lehnte die Bezahlung einer Rechnung für spezialärztliche Behandlung ab, weil die Satzungen der Kasse eine Genehmigung vorschreiben, die nicht vorher eingeholt worden sei. Der Arzt macht geltend, daß ihm vor dem Ablehnungsbeschluß von der statutarischen Bestimmung nichts bekannt gewesen sei. Er habe schon früher ohne die ausdrückliche Genehmigung des Verwaltungsausschusses Mitglieder der Kasse behandelt und seien ihm die Rechnungen hierfür immer anstandslos bezahlt worden. Hierzu hat sich die Kasse nicht weiter geäußert. Das Gutachten der Einigungskommission geht dahin: Es scheint zuzutreffen, daß die Bezirkskrankenpflegeversicherung in früheren Fällen Rechnungen für spezialärztliche Behandlung durch Dr. M. anstandslos ohne vorherige Genehmigung bezahlt hat. Ist dies der Fall, so war dem Dr. M. der gute Glaube des stillschweigenden Anerkenntnisses auch bei der Behandlung im vorliegenden Falle zuzusprechen. Die Kasse ist daher verpflichtet, die Rechnung zu honorieren.

(W.) **Unterbringung der Kinder verstorbener Versicherter in Familien oder im eigenen Heim seitens der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte.**

Die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, die sich bekanntlich auch auf dem Gebiete der Heilfürsorge in hervorragender Weise betätigt, hat ihre Bestrebungen kürzlich auf die Unterbringung der Kinder verstorbener Versicherter gerichtet. Sie hat die Versicherungsämter ihres Bezirks ersucht, die Mütter und Vormünder bei Stellung von Waisenrentenanträgen unter Aushändigung einer Belehrung auf die Vorteile aufmerksam zu machen, die ihnen durch Annahme der freien Verpflegung statt der Waisenrenten geboten werden, und das Ergebnis der Belehrung in der Niederschrift der Anträge zum Ausdruck zu bringen. Die den Beteiligten verabfolgte Belehrung hat folgenden Wortlaut: „Was nützt meinem schwächlichen Kinde mehr: Waisenrente in der Großstadt oder Pflege in gesunder Landluft und im trauten Heim? Gemäß § 1277 RVO. und § 21 ihrer Satzung ist die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte in der Lage, Kinder von verstorbenen Versicherten bis zum vollendeten 15. Lebensjahre in Pflege zu nehmen. Witwen und Vormünder, die eine solche völlig kostenlose Verpflegung der geringen Waisenrente vorziehen, werden gebeten, dies beim Versicherungsamt, das zu weiterer Auskunft gern bereit ist, zu beantragen. Die Unterbringung der Kinder wird vorerst in besonders vertrauenswürdigen Familien auf dem Lande und, sobald eine genügende Anzahl von Anmeldungen vorliegt, auch in einem allen gesundheitlichen und sonstigen Anforderungen genügenden Kinderheim der Landesversicherungsanstalt in Groß-Hansdorf (Bezirk Hamburg) erfolgen. Besuche der Eltern und Vormünder sind gestattet. Auch ist der Austritt aus der Familie oder dem Kinderheim vierteljährlich möglich. Alles Weitere wird vor der endgültigen Aufnahme des Kindes mit Eltern oder Vormündern vereinbart."

Für die Unterbringung von Rentenempfängern in Invaliden- oder Waisenhäusern hat die Landesversicherungsanstalt folgende Ausführungsbestimmung erlassen: „Die Aufnahme in ein Invaliden- oder Waisenhaus nach Maßgabe des § 1277 RVO. und des § 21 der Satzung der Landesversicherungsanstalt verpflichtet den Rentenempfänger oder seinen gesetzlichen Vertreter auf ein Vierteljahr und, wenn er nicht einen Monat vor Ablauf dieser Zeit widerspricht, jedesmal auf ein weiteres Vierteljahr zum Verzicht auf die Rente. Der Aufgenommene kann unter Innehaltung einer dreimonatigen Kündigungsfrist aus der Anstalt entlassen werden. Ohne Kündigung endigt die Unterbringung in der Anstalt mit Ablauf desjenigen Monats, in welchem der die Entziehung der Rente aussprechende Bescheid die Rechtskraft erlangt hat, oder sobald die Waise das 15. Lebensjahr vollendet hat. Die sofortige Entlassung des Aufgenommenen kann verfügt werden:

a) wenn der Aufgenommene nach ärztlichem Gutachten an einer ansteckenden Krankheit leidet, welche die anderen Insassen gefährdet:

Digitized by Google

b) wenn der Aufgenommene unsittliche oder strafbare Handlungen begeht;
c) wenn der Aufgenommene sich Widersetzlichkeiten gegen die Angestellten zuschulden kommen läßt oder wenn er sich der Körperverletzung oder tätlicher oder grober wörtlicher Beleidigungen gegen diese oder die anderen Insassen schuldig macht;
d) wenn der Aufgenommene die Hausordnung wiederholt oder so gröblich verletzt, daß dadurch der Anstaltsbetrieb geschädigt wird.

Die strafweise Entlassung einer Waise soll nur erfolgen nach vorherigem Benehmen mit dem Vormund, dem Vormundschaftsgericht, der Behörde für Jugendfürsorge oder einer sonstigen für die anderweite Unterbringung der Waise zuständigen Stelle. Gegen die Verfügung der sofortigen Entlassung steht dem Entlassenen bzw. dessen gesetzlichen Vertreter die Beschwerde an das Reichsversicherungsamt binnen einer Woche zu. Die Beschwerde ist beim Vorstande der Versicherungsanstalt einzureichen; sie hat keine aufschiebende Wirkung. Ein Teil der Rente darf verwendet werden für den Aufgenommenen selbst zur Bestreitung kleinerer Bedürfnisse oder für seine Angehörigen, mit denen er bis zu seiner Aufnahme in häuslicher Gemeinschaft gelebt hat, oder bei Waisen für Ausstattungskosten, welche beim Eintritt in ein Beschäftigungsverhältnis erforderlich werden. Soweit der Nachlaß des Verstorbenen zur Deckung nicht ausreicht und andere Verpflichtete nicht vorhanden sind, können die Beerdigungskosten von der Landesversicherungsanstalt übernommen werden."

Insbesondere liegt der Versicherungsanstalt daran, die Kinder tuberkulöser und mit anderen ansteckenden Krankheiten behafteter oder daran verstorbener Eltern aus kranker Umgebung, schlechter Ernährung und oft ungesunden Wohnräumen in gesunde, ländliche Verhältnisse zu bringen.

(W.) Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten an staatliche Angestellte in Hamburg in Verbindung mit dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Einem von dem Hamburgischen Senat der Bürgerschaft vorgelegten Antrage entnehmen wir folgendes:

Das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 erfaßt außer den Privatangestellten auch alle im öffentlichen Dienst beschäftigten Personen, soweit sie nicht durch anderweitige staatliche Einrichtungen eine der Art und dem Umfange nach gleichwertige Versorgung erhalten. Die Entscheidung darüber, ob solchen Angestellten eine Anwartschaft auf eine gleichwertige Versorgung gewährleistet ist, hat das Gesetz für die staatlichen Beamten und Angestellten in die Hände der obersten Verwaltungsbehörden gelegt. Nachdem der Bundesrat über die für die Vergleichung maßgebenden Gehaltsklassen Beschluß gefaßt hatte, hat der Senat die Entscheidung getroffen, daß diese Voraussetzung der Versicherungsfreiheit zutrifft für sämtliche hamburgischen Beamten, auf die das Disziplinar- und Pensionsgesetz vom 7. Januar 1884 und das Gesetz, betreffend die Fürsorge für die Witwen und Waisen der hamburgischen Staatsbeamten vom 11. Dezember 1903 Anwendung findet, sowie für diejenigen staatlichen Angestellten, die nach den für die Schuldiener des Volksschulwesens maßgebenden Grundsätzen angestellt sind. Der Senat hat ferner eine Anwartschaft auf staatliche Versorgung auch für diejenigen Angestellten als gewährleistet angesehen, welche sich in Stellungen befinden, aus denen sie regelmäßig nach der tatsächlichen Gestaltung der Verhältnisse nach absehbarer Zeit in feste Stellen mit Ruhegehaltsberechtigung einrücken. Es bleibt aber noch eine große Anzahl von Nichtfestangestellten übrig, die nicht mit ausreichender Sicherheit auf feste Anstellung rechnen können. Für diese Angestellten erscheint eine Fürsorge für die Fälle des Alters, des Todes und der Berufsunfähigkeit im Wege einer öffentlichen Zwangsversicherung an sich durchaus erwünscht. Jedoch erscheint die von dem Reichsgesetz gewählte Form der Versicherung für die dauernd im Staatsdienst beschäftigten Angestellten nicht vorteilhaft. Denn tatsächlich gelangt doch die Mehrzahl von ihnen im Laufe der Zeit zur festen Anstellung, wenn auch nicht jeder von vornherein eine sichere Aussicht darauf hat. Solchenfalls bedürfen sie einer weiteren Versorgung nicht mehr. Das Gesetz befreit sie zwar von dem Zeitpunkt der Festanstellung mit Ruhegehaltsberechtigung an von der Versicherungspflicht, läßt aber die Aufrechterhaltung der Versicherung und deren Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nur unter Bedingungen zu, die es dem Angestellten sehr erschweren, die aus den bisherigen Beiträgen erworbene Anwartschaft auf Renten dauernd aufrechtzuerhalten. Es ist also zu befürchten, daß die staatlichen Angestellten nach ihrer Festanstellung in vielen Fällen ihre Versicherung verfallen lassen, so daß die Beiträge des Staates und der Angestellten nutzlos aufgewendet sind. Eine Rückgewähr von Beiträgen bei Aufgabe der Versicherung läßt das Gesetz in solchen Fällen nicht zu. Die Schaffung einer anderweitigen Versicherungseinrichtung für die staatlichen Angestellten erscheint aber noch aus einem anderen Grunde empfehlenswert. Im Hinblick auf die Gewährleistung des Staates für die Verbindlichkeiten einer besonderen staatlichen Versicherungseinrichtung würde man nicht genötigt sein, der Berechnung der Beiträge das bei der Reichsversicherung angewandte Prämiendurchschnittsverfahren zugrunde zu legen, dem bei dem Vorzug dauernder Gleichheit der Beiträge der Nachteil anhaftet, zu überaus großen Kapitalansammlungen zu führen, um aus den Zinsen die in den späteren Jahren steigenden Ansprüche decken zu können. Bei Anwendung des Kapitaldeckungsverfahrens würde man dagegen zu wesentlich niedrigeren Beiträgen gelangen, und man wird abwarten können, ob die Versicherungsleistungen nach Ablauf der ersten Beitragsperiode erheblich steigen werden. Diese Berechnungsmethode ist auch für die Bemessung der Beiträge zur Versorgungskasse für staatliche Angestellte und Arbeiter angewandt worden. Aus diesen Erwägungen ist daher bereits seit längerer Zeit ein Ausbau der Versorgungskasse durch Aufbau einer besonderen Versicherungsabteilung für die sonst unter das Angestelltenversicherungsgesetz fallenden staatlichen Angestellten ins Auge gefaßt. Bei der allgemein herrschenden Unklarheit der Rechtslage ließen sich aber die mannigfachen schwierigen Fragen rechtlicher und praktischer Art, die sich bei der näheren Regelung ergaben, noch nicht lösen. Um zu vermeiden, daß in der Zwischenzeit bis zur Schaffung einer besonderen Versicherungseinrichtung Beiträge zur Reichsversicherung abgeführt werden müssen und nutzlos geopfert werden, ist es daher nötig, durch ein vorläufiges Gesetz den demnächst unter die besondere Versicherungseinrichtung fallenden staatlichen Angestellten eine Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenrenten im Mindestbetrage nach den Sätzen der vom Bundesrate festgesetzten Gehaltsklasse zu gewährleisten. Alsdann ist der Senat in der Lage, schon jetzt die Entscheidung zu treffen, daß die Voraussetzung der Versicherungsfreiheit für die staatlichen Angestellten, die nicht bereits für versicherungsfrei erklärt sind, vorliegt. Für diejenigen Personen, die nur vorübergehend im Staatsdienste beschäftigt werden, eignet sich diese Art der Versorgung nicht; sie müssen daher auch jetzt schon ausgenommen werden. Einstweilen sollen die Beiträge in der dem Reichsgesetz entsprechenden Höhe erhoben werden, da sich noch nicht übersehen läßt, wie hoch die Beiträge bei der Versorgungskasse sich gestalten werden. Es ist aber damit zu rechnen, daß die Beiträge wesentlich ge-

Digitized by Google

ringer sein werden als bei der Reichsversicherung. Der in der Zwischenzeit zuviel gezahlte Betrag wird nach der endgültigen Regelung zu erstatten sein. Während die Regelung aller übrigen Einzelheiten in dem künftigen endgültigen Gesetz erfolgen kann, wird schon jetzt der Fall eines vorherigen Ausscheidens aus dem hamburgischen Staatsdienst unter Uebertritt zu einer anderen versicherungspflichtigen Tätigkeit vorläufig zu ordnen sein. Es empfiehlt sich auch, klarzustellen, daß die Mitgliedschaft bei der bestehenden Versorgungskasse durch das vorläufige Gesetz nicht berührt wird.

Der Senat beantragt daher die Mitgenehmigung der Bürgerschaft zu dem nachstehend abgedruckten Entwurf eines Gesetzes betreffend die Gewährung einer Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten an staatliche Angestellte.

Gesetz betreffend die Gewährung einer Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten an staatliche Angestellte.

§ 1. Die bei hamburgischen Staatsbehörden nicht nur vorübergehend beschäftigten Personen, die nach § 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 der Versicherungspflicht unterliegen würden und nicht unabhängig von dem gegenwärtigen Gesetz versicherungsfrei sind, erhalten einen Versicherungsanspruch auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten.

§ 2. Ruhegeld erhält der Angestellte im Falle seiner Versetzung in den Ruhestand, wenn sie nach vollendetem zehnten Dienstjahre eintritt. Hinterbliebenenrenten werden gewährt, wenn der Verstorbene in den ersten zehn Jahren nach dem 1. Januar 1913 fünf Dienstjahre oder in den folgenden Jahren zehn Dienstjahre zurückgelegt hat und zur Zeit seines Todes noch im hamburgischen Dienst war oder von einer hamburgischen Behörde in den Ruhestand versetzt war. Für die Erfüllung dieser Wartezeiten kommen nur die nach dem 1. Januar 1913 zurückgelegten Dienstjahre in Betracht. Das Ruhegeld und die Hinterbliebenenrenten (Abs. 1, 2) sollen den Beträgen gleichkommen, die in dem Angestelltenversicherungsgesetz für die vom Bundesrate auf Grund § 9 Abs. 1 des Gesetzes festgesetzte Gehaltsklasse vorgesehen sind.

§ 3. Die weitere Regelung dieser Versicherung erfolgt durch ein besonderes Gesetz. Bis zur anderen Regelung der Beiträge wird den Angestellten bei der Gehaltszahlung die Hälfte der Beiträge, die für sie in der maßgebenden Gehaltsklasse nach dem Angestelltenversicherungsgesetz zu entrichten wären, vom Gehalt abgezogen. Für den Fall, daß die Beiträge für die Angestellten bei der demnächstigen Regelung niedriger festgesetzt werden, wird ihnen der Unterschied erstattet.

§ 4. Wenn bis zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des in § 3 bezeichneten Gesetzes ein Angestellter aus seiner Beschäftigung bei hamburgischen Behörden ausscheidet und in eine andere nach dem Angestelltenversicherungsgesetz die Versicherungspflicht begründende Tätigkeit eintritt, so ist ein seiner bisherigen Anwartschaft entsprechendes, nach den Bestimmungen des Bundesrats zu § 385 AVG. berechnetes Deckungskapital zu seinen Gunsten bereitzustellen.

§ 5. Die Mitgliedschaft bei der Versorgungskasse für staatliche Angestellte und Arbeiter wird durch dieses Gesetz nicht berührt.

§ 6. Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1913 ab in Kraft.

Literarisches.

Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts. In Verbindung mit Dr. Mentzel, Regierungsrat im Reichsversicherungsamt und Dr. Stöcker, Verwaltungsdirektor, herausgegeben von Hofrat Dr. Hs. Th. Soergel. Jahrgang 1912. Rechtsprechung und Rechtslehre des Jahres 1912. 8°. VIII und 175 S. In Leinen gebunden 3 M.

Das Jahrbuch des Reichsversicherungsrechts bietet in einem handlichen Bande, was im Jahr 1912 die Rechtsprechung und die Rechtslehre zur Auslegung des IVG., der SchGO., des KVG., der UVG., der RVO. nebst EG. und des AngVG. sowie der einschlägigen Verordnungen beigetragen hat. Die Entscheidungen sind in klargefaßten, das wesentliche hervorhebenden Auszügen in systematischer Anordnung im Anschlusse an die einzelnen Gesetzesparagraphen mitgeteilt, die Zeitschriftenaufsätze sind bei den Paragraphen angeführt, die sie erläutern. Da Rechtsprechung und Rechtslehre des Jahres 1912 lückenlos berücksichtigt sind, gibt das Jahrbuch einen guten Ueberblick über die Auslegung, welche die erwähnten Gesetze im vergangenen Jahre durch den usus fori und die Wissenschaft gefunden haben. Ein eingehendes alphabetisches Schlagwortverzeichnis ermöglicht auch dem, der mit den einschlägigen Gesetzen weniger vertraut ist, ein rasches Auffinden der einzelnen Entscheidungen.

Beantwortung von Anfragen.

Der Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber die Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Verlust des Anspruchs auf Kassenleistungen durch Betrug und durch Ablehnung der Krankenhauspflege.

1. Nach H. Antwort: Der Versicherte hat an sieben Tagen 38,40 M., also im Durchschnitt 5,50 M. für den Tag durch Arbeit verdient und hatte daher keinen Anspruch auf Krankengeld, selbst wenn er bewiese, daß er nur unter Gefährdung seiner Gesundheit weitergearbeitet habe (preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 1907 S. 651). Er ist daher wohl mit Recht wegen Betruges bestraft. Die Kasse konnte ihm schon aus diesem Grunde wenigstens das Krankengeld versagen, vorausgesetzt, daß das Statut eine dem § 26a Abs. 2 Ziff. 2 KVG. entsprechende Bestimmung enthält. Jedenfalls aber erforderte das Verhalten des Versicherten seine fortgesetzte Beobachtung, so daß die Kasse mit Recht gemäß § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. Krankenhauspflege angeordnet hatte. Indem der Versicherte dieser Anordnung nicht folgte, ging er für die Dauer seines ablehnenden Verhaltens jedes Anspruchs gegen die Kasse verlustig (Hahn, Anm. 1 f zu § 7 KVG.). Daß der Arzt dem Versicherten gesagt haben soll, er brauche nicht ins Krankenhaus zu gehen, ist keine Rechtfertigung. Der Arzt konnte sich der Kasse gegenüber gutachtlich äußern, aber zu entscheiden hatte nur der Vorstand, besonders da der Einweisungsgrund doch nicht aus der Natur der Krankheit, sondern aus dem Verhalten des Versicherten hergeleitet war.

Erwerbslosigkeit im Sinne des § 28 KVG.

2. Nach Duisburg. Antwort: Nutzbringende Tätigkeit im eigenen Betriebe, also auch das Neben-

Digitized by Google

schneiden im eigenen Weinberge, schließt die Annahme fortdauernder Erwerbslosigkeit und folglich den Anspruch aus § 28 KVG. aus, wenn es sich nicht etwa nur um eine ganz geringfügige Beschäftigung handelte. Vgl. Entscheidung des braunschw. VGH. bei Reger Erg.Bd. 4 S. 268.

Zum Bundesratsbeschluß, betreffend Verlängerung der Amtsdauer der Vorstandsmitglieder.

3. Nach Tempelhof. Antwort: Jedenfalls bestätigen die bei Ihrer Kasse hervorgetretenen Schwierigkeiten von neuem die Verwirrung, die sich daraus ergibt, daß man für jene Bundesratsbestimmung eine Art der Veröffentlichung beliebte, die es ausschloß, daß die Kassen von der Bestimmung Kenntnis haben konnten in einem Zeitpunkt, in dem die Bestimmung bereits in Kraft getreten sein soll. Vgl. S. 71, 92.

Militärische Uebung ist auf die dreiwöchige Kassenzugehörigkeit nach § 28 KVG. nicht anzurechnen.

4. Nach Moers. Antwort: Nach der zwar bestrittenen, aber in der preußischen Verwaltungspraxis festgehaltenen Auffassung sind Militärpersonen nach § 3 KVG. ohne jede Einschränkung von der Versicherungspflicht ausgenommen (vgl. Min.Erl. in Arb.-Versorgg. 1909 S. 10; vgl. hiermit Hahn, Handbuch der Krankenvers. S. 190 Anm. 2a zu § 172 RVO.); also auch dann, wenn inzwischen das Beschäftigungsverhältnis zu ihrem Arbeitgeber bestehen bleibt. Der zu einer militärischen Uebung Eingezogene konnte daher nur durch Weiterversicherung nach § 27 KVG. seine Kassenzugehörigkeit aufrecht erhalten. Hatte er dies nicht getan, so kommt im Sinne des § 28 KVG. nur die Zeit seit seinem Wiedereintritt in die Kasse in Betracht. Da diese Zeit keine drei Wochen umfaßt, hat er wegen der nach seinem erneuten Ausscheiden aus der Kasse eingetretenen Erkrankung keinen Anspruch aus § 28.

a) Vergütung für Teilnahme an den Kassenvorstandssitzungen. b) Desgleichen für den Rendanten. c) Versicherungspflicht städtischer Nachtwächter.

5. Nach Husum. Antwort: a) Es ist nicht unzulässig, für die Mitglieder des Vorstandes Pauschbeträge in angemessener Höhe als Vergütung für Zeitverlust und entgehenden Arbeitsverdienst festzusetzen; aber dies kann nur durch das Statut geschehen, nicht durch bloßen Beschluß der Generalversammlung oder gar nur des Vorstandes (§ 34a Abs. 1 KVG.; Entscheidung des preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 1909 S. 747, sowie 1911 S. 70 Ziff. 8). Bare Auslagen sind im nachgewiesenen notwendigen Betrage zu ersetzen; hier erachtet das preuß. Oberverwaltungsgericht die Feststellung von Pauschsätzen schlechthin für unzulässig (Arb.-Versorgg. 1907 S. 159, 1909 S. 642).

b) Da das Gehalt des Rendanten satzungsgemäß von der Generalversammlung festgesetzt wird, kann nicht der Vorstand für die dem Rendanten obliegende Teilnahme an den Vorstandssitzungen, ohne Zustimmung der Generalversammlung, eine besondere Vergütung bewilligen. Dagegen sind auch ihm bare Auslagen zu ersetzen, da durch das Gehalt selbstverständlich nur die Mühewaltung abgegolten wird.

c) Hinsichtlich der Versicherungspflicht der städtischen Nachtwächter läßt Ihre Anfrage alle Unterlagen für die Beantwortung der Frage vermissen. Sie sind versicherungspflichtig, wenn der Versicherungszwang bei Ihnen durch Ortsstatut auf die im Kommunaldienst Beschäftigten erstreckt ist (§ 2 Abs. 1 Ziff. 2 KVG.). Ist dies nicht der Fall, so hängt die Frage, ob sie durch ihre anderweite Beschäftigung bei der Stadt krankenversicherungspflichtig sind, von der Art dieser Beschäftigung ab. Findet sie in einem der im § 1 KVG. bezeichneten oder in einem nach § 2 KVG. einbezogenen Betriebe statt, so besteht Versicherungspflicht, auch wenn es sich dabei im Verhältnis zum Wachtdienste nur um eine Nebenbeschäftigung handelt.

Schielen kann Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes sein.

6. Nach Schandau. Antwort: Die Krankenkasse hat für die Kosten der Augenoperation aufzukommen, wenn das Schielen im besonderen Falle nicht bloß ein Schönheitsfehler, sondern eine Krankheit im Rechtssinne ist, d. h., wenn es das Sehvermögen beeinträchtigt und deshalb ärztliche Hilfeleistung als Heilmittelanwendung bedingt oder die Arbeitsfähigkeit herabsetzt. Auf die Ursache der Krankheit kommt es nicht an; sie kann also auch angeboren sein. Die Kasse ist aber niemals verpflichtet, sondern nur unter gewissen Voraussetzungen berechtigt, Krankenhauspflege zu gewähren (§ 7 KVG.) und mithin die vollen Kosten zu übernehmen. Macht sie davon keinen Gebrauch, so hat sie dem Versicherten, neben dem Krankengelde, nur die eigentlichen Behandlungskosten, nicht auch die Verpflegungskosten zu bezahlen. Die Kosten der Behandlung durch einen auswärtigen Facharzt muß die Kasse bewilligen, wenn unter den Kassenärzten kein Augenarzt ist.

Weigerung des Erkrankten, sich ins Krankenhaus zu begeben; Familienwohnung als Erfüllungsort der Krankenpflege.

7. Nach Sch. Antwort: Sie schreiben, daß der Erkrankte zu seiner „Familie" fuhr, „nach Hause"; aber wir können nicht ersehen, woraus die Familie besteht, insbesondere ob der Versicherte eine Frau zu Haus hatte. War dies der Fall, so konnte er nur unter den im § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. bestimmten Voraussetzungen ins Krankenhaus eingewiesen werden, und wir können in Ihren Angaben keine dieser Voraussetzungen finden, müßten also die Einweisung für ungerechtfertigt halten. War der Versicherte aber unverheiratet, so war, da er offenbar einen Haushalt an seinem Beschäftigungsort nicht hatte, seine Einweisung nach Ziff. 2. „unbedingt" statthaft. Alsdann ging er für die Dauer seines ablehnenden Verhaltens aller Ansprüche an die Kasse verlustig. War dagegen nach Vorstehendem seine Einweisung nicht zulässig, so halten wir die Kasse für verpflichtet, dem Erkrankten die vollen Leistungen, also auch ärztliche Behandlung und Heilmittel, an seinem Aufenthaltsorte zu gewähren, da er offensichtlich pflegebedürftig war und sich deshalb auch noch nach seiner Erkrankung „nach Hause", als an den natürlichen Zufluchtsort, begeben durfte. Zu vgl. bayr. VGH. in Arb.-Versorgg. 1897 S. 153, sowie Arb.-Versorgg. 1913 S. 93 Ziff. 2.

Der Armenverband darf sich im Falle des § 57 KVG. nur an die Kasse, nicht an den Versicherten halten.

8. Nach Vegesack. Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung. Unter den Voraussetzungen des § 57 KVG. geht der Anspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse auf den Armenverband über. Der Versicherte verliert also, soweit der Armenverband Aufwendungen für ihn gemacht hat, seinen Anspruch gegen die Kasse. Diese Rechtslage würde, wenn sich der Versicherte dennoch an die Kasse halten wollte, im Streitverfahren sogar von Amts wegen zu berücksichtigen sein (vgl. Entscheidung des bad. VGH. vom 22. Juni 1909, Reger 30 S. 97). Daraus folgt, daß, soweit der Anspruch gegen die Kasse zur Deckung der Aufwendungen des Armenverbandes reicht, dieser sich nur an die Kasse und nicht an den Versicherten halten darf.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Trofchel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **1. April 1913.**

Redaktion:	**Nr. 10**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Zur Praxis des Rentenfeststellungsverfahrens in Unfallversicherungssachen.

Von Magistratsassessor **Lange** in Neukölln.

Die Beratung des Etats des Reichsversicherungsamts im Reichstag hat Veranlassung gegeben zu einer umfangreichen Kritik des Rentenfeststellungsverfahrens, die in vielen Punkten als berechtigt anerkannt werden muß. Auf der Rednerliste standen überwiegend Arbeitersekretäre der verschiedensten Parteien, also Männer, die als Leiter von Sekretariaten und Auskunftsstellen durch ihre persönliche Berührung mit den Versicherten in erster Linie imstande sind, sich ein Urteil über die Praxis des Rentenfeststellungsverfahrens und seine Mängel und — was nicht übersehen werden darf — über die Stimmung in den Kreisen der Versicherten zu bilden. Wenn man das Gesamtergebnis der Besprechung überblickt, so kann man doch die für alle Teile erfreuliche Tatsache feststellen, daß die Kritik keine generelle war, sondern nur Einzelfragen betraf. Daran ändern auch nichts Sätze wie „Unsere Versicherung gleicht einem schönen Mosaikbilde, aber man darf nicht näher herankommen", oder „Unsere Versicherung ist nichts anderes als eine zentralisierte Armenpflege". Aussprüche, die nicht eine objektive Kritik, sondern agitatorische Wirkungen bezwecken und ebenso zu verurteilen sind, wie die maßlosen Uebertreibungen aus dem gegnerischen Lager.

Erklärlicherweise bildete die Unfallversicherung und die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auf diesem Gebiete den Hauptgegenstand der Debatte. Der Vorwurf, daß hier die Tendenz der obersten Instanz dahin gehe, den Begriff des Betriebsunfalls enger zu fassen, ist völlig unberechtigt. Wenn, um nur einige Beispiele herauszugreifen, ein Unfall bei Besichtigung des über eine Fabrik hinwegfliegenden Zeppelinluftschiffes während einer den Arbeitern hierzu gewährten Pause als Betriebsunfall in letzter Instanz anerkannt wurde, wenn der Arbeiter noch auf dem Wege zum Lohnempfang gegen Unfälle versichert ist, so wird man schlechterdings nicht bestreiten können, daß der Begriff des Betriebsunfalls reichlich weit gefaßt wird. Dasselbe gilt für die sog. Unfälle des täglichen Lebens. Nachdem hier die Rechtsprechung lange Zeit geschwankt hatte, ist man doch schließlich zu dem Ergebnis gekommen, daß der Versicherte gegen alle Gefahren geschützt ist, welche durch den Betrieb geboten werden. Durch den Betrieb geboten wird aber nicht nur die dem Betriebe eigentümliche besondere Gefahr, sondern auch jede Gefahr des täglichen Lebens, sobald ihr der Versicherte durch seine Betriebstätigkeit ausgesetzt ist[1]). Dieser Rechtsprechung hat sich das Reichsgericht angeschlossen. Ein Betriebsunfall liegt also vor, wenn der Versicherte bei der Betriebsarbeit von einem Insekt ge-

[1]) Vgl. Handbuch der Unfallversicherung, Bd. I S. 76, Bd. III S. 536 und die dort zitierten Entscheidungen des Reichsgerichts, sowie Moesle-Rabeling im Kommentar zur Reichsversicherungsordnung von Hanow u. A., Bd. III S. 72ff.

Digitized by Google

stochen, von einer abirrenden Kugel getroffen wird, über seinen Schnürsenkel stolpert usw. Es hat dann in der Folgezeit nicht an Bestrebungen gefehlt, eine Schwenkung des Reichsversicherungsamts in dieser für die Versicherten so überaus wichtigen Frage herbeizuführen, und es ist wiederholt der Versuch gemacht worden, das Vorliegen eines Betriebsunfalles von dem Vorhandensein einer „erhöhten", durch den Betrieb bedingten Gefahr abhängig zu machen[1]). Schon bei Beratung der Reichsversicherungsordnung wurde in der Kommission die Hoffnung ausgesprochen, daß sich das Reichsversicherungsamt durch noch so starke Treibereien bestimmter einflußreicher Kreise von seiner dem Sinne der Gesetzgeber unzweifelhaft entsprechenden Rechtsprechung nicht wieder abbringen lassen werde[2]).

Jetzt ist die alte Streitfrage auch diesmal im Reichstag unter besonderer Bezugnahme auf die Erklärungen in der Kommission wieder aufgerollt worden. Die Ausführungen des Abgeordneten, die die Zustimmung des Hauses fanden, gipfelten in dem Satz: „Ich möchte deswegen von dieser Stelle darauf hinweisen und hier aussprechen — ich glaube, darin ist das Haus wohl mit mir einig — daß sowohl die Reichstagskommission, die die Reichsversicherungsordnung bearbeitet hat, wie der Reichstag selbst sich seinerzeit auf den Boden der Ausführungen des Kollegen Becker gestellt haben, daß diese Unfälle des täglichen Lebens als Betriebsunfälle im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen sind, und daß, wenn solche Bestrebungen vorhanden sein sollten, die Rechtsprechung zuungunsten der Arbeiter zu gestalten — es trifft das hauptsächlich die im Walde oder auf dem Felde beschäftigten Arbeiter —, solche Tendenzen von vornherein zurückgewiesen werden müßten"[3]). Diese Erklärung wurde von dem anwesenden Regierungsvertreter bestätigt, der ausdrücklich auf die oben erwähnten, im Handbuch des Reichsversicherungsamts veröffentlichten Entscheidungen hinwies[4]). Nachdem so Regierung und Reichstag in übereinstimmender Weise ihren Standpunkt in dieser Frage formuliert haben, wird auch das Reichsversicherungsamt dieser autoritativen Gesetzesinterpretation in Zukunft Rechnung tragen, und der alte Streit kann damit endgültig als erledigt angesehen werden. Dazu kommt übrigens noch, daß die oben erwähnten Rekursentscheidungen 2305 und 2324 in den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts veröffentlicht wurden und deshalb gem. §§ 1716, 1717 RVO. und der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 30. Dezember 1911 (Reichs-Gesetzbl. 1912 S. 2) als grundsätzliche Entscheidungen maßgebend sind.

Der Tendenz des Reichsversicherungsamts, den Begriff des Betriebsunfalls möglichst weit zu fassen, entspricht auf der anderen Seite das Bestreben, Kleinschäden nicht mit Dauerrenten abzugelten, deren wirtschaftlicher Vorteil für den einzelnen gering und jedenfalls in keinem Verhältnis steht zu der daraus erwachsenden Gesamtbelastung der Versicherungsträger. Dieser Tendenz fielen zunächst die schematisch mit einer 10 % Rente entschädigten Leistenbrüche zum Opfer. Mag man sich hier noch so sehr auf ärztliche Obergutachten stützen: die ständige Rechtsprechung, daß ein Betriebsunfall auch dann vorliegt, wenn ein vorhandenes Leiden durch die Betriebsarbeit wesentlich verschlimmert ist, wird in diesem Falle vielfach ohne rechtlichen Grund verlassen. „Heute redet man nicht mehr davon", erklärte ein Abgeordneter zutreffend, und deshalb erübrigt sich eine Erörterung dieser Frage.

Kleinschäden durch Hand-, Fuß- und Augenverletzungen beseitigte die „Gewöhnung". Es ist bekannt, daß eine Rente gemindert bzw. aufgehoben werden kann, wenn ohne Aenderung im objektiven Befund eine funktionelle Besserung durch Anpassung und Gewöhnung eingetreten ist. Die Erfahrung von Jahrzehnten hat die Richtigkeit dieses Grundsatzes bestätigt. Den Verlust einzelner Zehen und Fingerglieder mit Dauerrenten zu entschädigen, liegt nicht der mindeste Grund vor. Nachdem man aber einmal erkannt hatte, daß jahrelang für solche Schäden zu Unrecht Renten gewährt worden waren, verfiel man mit dem in solchen Fällen üblichen Uebereifer aus einem Extrem ins andere. Heute wird für den Totalverlust eines Zeigefingers im Regelfall eine Rente nicht mehr gewährt, und an Versuchen einiger be-

[1]) Vgl. Soz. Praxis XX Sp. 1320, XXI Sp. 1410 ff. und XXII Sp. 545 ff.

[2]) Kommissionsbericht 3. Teil S. 27/28.

[3]) Stenographischer Bericht, I. Session, 1912/1913, S. 3486.

[4]) Ebenda, S. 3494 af.

Digitized by Google

sonders betriebsamer Geschäftsführer von Berufsgenossenschaften, auch die Entbehrlichkeit eines Daumens im Wege der Gewöhnung nachzuweisen, hat es nicht gefehlt. Ja, kürzlich stellte ein Gutachter, der sich bei der „Rheinischen Vereinigung" besonderer Wertschätzung erfreut, sogar die Behauptung auf, ein Verletzter habe sich an die bei ihm auftretenden Schwindelanfälle gewöhnt. Die schwindelnde Kühnheit dieser Idee ging aber doch dem erkennenden Senat zu weit, und der Antrag der Berufsgenossenschaft wurde abgewiesen. Es liegt auf der Hand, daß die Gewöhnung durch bloßen Zeitablauf am meisten geeignet ist, einer schematischen Beurteilung des einzelnen Falles Tür und Tor zu öffnen, und es hat viel zu lange gedauert, bis die bekannte Entscheidung des ersten Rekurssenates erging, die auch im Reichstag Anerkennung fand. „Von einer Gewöhnung kann nur dann gesprochen werden, wenn es sich menschlicher Voraussicht nach um einen abgelaufenen und künftig im wesentlichen unveränderlichen Fall handelt. Bei Prüfung dieser Frage darf auch nicht schablonisiert werden; vielmehr muß dabei sowohl der tatsächliche Befund als auch der Einfluß der Unfallfolgen auf die wirtschaftliche Stellung des Verletzten erörtert werden. Es bedeutet aber eine Ueberspannung des an sich zutreffenden Grundsatzes, wenn ohne ausreichende ärztliche Feststellungen und ohne Ermittlungen über die tatsächlichen Lohn- und Arbeitsverhältnisse ein Dauerzustand angenommen wird[1])." Leider finden diese Grundsätze auch im Reichsversicherungsamt nicht die ihnen gebührende Beachtung. Noch heute ergehen zahllose Entscheidungen, die sich eine Nachprüfung der Frage, warum der Verletzte einen niedrigeren Lohn erhält, ersparen zu können glauben. Ist der Verletzte im Besitz einer Bescheinigung seines Arbeitgebers, die sich eingehend darüber äußert, bei welchen Arbeiten eine Beeinträchtigung durch Unfallfolgen wahrgenommen wurde, so wird auf den allgemeinen Arbeitsmarkt hingewiesen oder auf vom Senat nicht weiter aufgeklärte „andere Gründe". Auch eine ärztliche Feststellung wird immer mehr für überflüssig gehalten. Bei einer zur „Rheinischen Vereinigung" gehörenden Berufsgenossenschaft ist seit einiger Zeit das Verfahren eingerissen, daß Rentenempfänger mit Substanzverlusten der Hand nicht vom Arzt, sondern vom — technischen Aufsichtsbeamten untersucht werden. In einem Falle äußerte sich der Sachverständige wie folgt: „Stumpf des Zeigefingers ist gut mit Weichteilen überpolstert. Die Narbe ist auf der Unterlage frei verschieblich, blaß, reizlos, nicht druckempfindlich. Finger in allen Gelenken frei beweglich, grobe Kraft der Hand erhalten. Es ist Gewöhnung eingetreten." Wie er sich räuspert, wie er spuckt. — Jeder ärztliche Sachverständige würde ein solches Verfahren als groben Unfug bezeichnen.

Bei Anwendung der „Gewöhnung" werden seit einiger Zeit verschiedene Grade der Gewöhnung berücksichtigt. Bei schweren Verletzungen der Extremitäten ist dieser Standpunkt berechtigt, bei glatten Fingerverlusten aber unverständlich. Heute wird z. B. beim Verlust des 3.—5. Fingers regelmäßig nach 1—2 Jahren im Normalfall wegen Gewöhnung die Rente aufgehoben, mit Recht. Es gibt hier schlechterdings keine „weitere" oder „völlige" Gewöhnung. Anders bei den alten Renten. Vor zehn Jahren dachte noch niemand daran, die Rente für den Verlust des linken Zeigefingers aufzuheben. So wurde also z. B. im Jahre 1905 für einen Unfall aus dem Jahre 1891 die Rente wegen Gewöhnung auf 10 % festgesetzt. Damals waren seit dem Unfall 14 Jahre verflossen. Im Jahre 1911 wurde die Rente wegen „völliger" Gewöhnung aufgehoben. Für den Laien bedarf es eines geistigen Saltomortales, um begreifen zu können, inwiefern in diesen weiteren sechs Jahren eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse eingetreten sein soll. Hier ist eben nicht durch weiteren Zeitablauf eine völlige Anpassung eingetreten — das ist funktionell unmöglich —, sondern die Rente wurde dem neuen Stand der Rechtsprechung angepaßt. Eine solche „Veränderung der Verhältnisse" kennt aber das Gesetz nicht. Hier wäre die Abfindung das Richtige gewesen.

Wenn wenigstens noch in der schablonisierenden Anwendung der Gewöhnung ein System läge, an das sich die Rentenberechtigten ihrerseits gewöhnen könnten, aber von diesem System ist man heute nach mehr als 25 Jahren seit dem Inkrafttreten der Unfall-

[1]) Rekursentscheidung Ia 10107/11, 1.

Digitized by Google

versicherung weit entfernt. In dieser ganzen Zeit ist man noch nicht dahin gekommen, bestimmte Rentensätze für eine Normalverletzung aufzustellen. Hier kann nicht eingewendet werden, daß gerade ein solches Verfahren eine Schablonisierung bedeuten würde, daß vielmehr stets von Fall zu Fall entschieden werden müsse. Es läßt sich doch nicht bestreiten, daß der Verlust eines Auges durch Unfall bei normalem unverletzten Auge bei Versicherten derselben Kategorie im Normalfall auch mit einer Normalrente entschädigt werden kann. Noch in der letzten Ausgabe des Handbuchs der Unfallversicherung wird ausgeführt, daß für den Verlust eines Auges in der Regel, d. h. unter normalen Verhältnissen und nach erfolgter Gewöhnung keine geringere Rente als eine solche von 25 % zu gewähren und daß nur bei den sog. qualifizierten Arbeitern die Rente auf 33 1/3 % zu bemessen sei. Zu den „qualifizierten" Arbeitern gehören hiernach diejenigen, deren Berufstätigkeit gerade an das feine und scharfe körperliche Sehen besondere Anforderungen stellt, oder diejenigen, die an gefährlichen Stellen zu arbeiten gezwungen sind[1]). Der Begriff des „qualifizierten" Arbeiters ist seitdem fallen gelassen worden[2]), und heute weiß kein Mensch, in welchem Falle z. B. ein Schmied irgendwelcher Art für den Verlust eines Auges mit einer 25 % oder 33 1/3 % Rente zu entschädigen ist. Aehnlich liegen die Verhältnisse bei der Beurteilung des Verlustes des ersten Daumengliedes. Mir ist folgender Fall bekannt. Zwei Kohlenhäuer aus dem Industriegebiet hatten vor längerer Zeit das erste Glied des linken Daumens verloren. Beide bezogen hierfür 10 % Rente, beide erhielten seit einiger Zeit wieder denselben Lohn wie ihre unverletzten Mitarbeiter, beiden wurde auf Antrag der Berufsgenossenschaft die Rente entzogen und über beider Rekurs verhandelte am gleichen Tage das Reichsversicherungsamt vor verschiedenen Senaten. Das Resultat war: der eine Häuer erhielt seine Rente wieder, bei dem anderen wurde die Rentenaufhebung bestätigt. Besondere Gründe, die eine verschiedene Beurteilung desselben Falles gerechtfertigt hätten, lagen nicht vor. Man kann sich denken, mit welchen Gefühlen diese beiden Männer nach Hause fuhren, wie die Erzählungen der beiden auf ihre Mitarbeiter gewirkt haben müssen. Aehnliche Fälle kann jede Berufsgenossenschaft aus ihren Akten zu Dutzenden aufzählen. Die Klagen über diese Rechtsunsicherheit sind in den Kreisen der Versicherungsträger ebenso allgemein wie in denen der Versicherten. Das Ansehen der obersten Instanz muß in bedauerlicher Weise geschädigt werden, wenn für die Beurteilung eines Rentenfalles der Zufall, d. h. die Geschäftsverteilung maßgebend wird.

Der Frage, wie ihre Entscheidungen auf die Psyche des Verletzten wirken, sollten vornehmlich die Spruchbehörden besondere Aufmerksamkeit schenken. Es ist im Reichstag öfter Klage darüber geführt worden, daß wir trotz der großen Versicherungsgesetze eine immer mehr steigende Unzufriedenheit in den Kreisen der Versicherten zu verzeichnen haben, und von den Gegnern unserer Sozialversicherung hat man auf dieses Symptom mit Vergnügen aufmerksam gemacht. Mit Recht wies einer der Etatsredner im Reichstag darauf hin, wie verkehrt es wäre, wollte man diese Unzufriedenheit in der Hauptsache auf die sozialen Gesetze an und für sich zurückführen. „Wer Gelegenheit hat, die praktische Handhabung besonders des Unfall- und des Invalidenversicherungsgesetzes zu verfolgen, wer Gelegenheit hat, das schematische Vorgehen in der Rechtsprechung, das sich bei vielen Versicherungsbehörden, das Reichsversicherungsamt nicht ausgeschlossen, im Laufe der Jahre eingebürgert hat, sowie das aus einseitigen, egoistischen Unternehmerinteressen diktierte Handeln vieler Berufsgenossenschaften und schließlich auch die Art und Weise, wie viele von den sog. Vertrauensärzten und Aerztekommissionen ihres Amtes walten, zu beobachten, der wird mir zustimmen, wenn ich sage, daß darin wohl die wesentlichste Ursache der Unzufriedenheit zu suchen ist[1])."

Daß Fälle, wie die oben erörterten, diese Unzufriedenheit steigern müssen, bedarf keiner Begründung. Gewiß soll die Rechtsprechung dafür sorgen, die Versicherungsträger von unnötigen Belastungen zu bewahren, aber sie muß auch die ethische Wirkung ihrer Ent-

[1]) A. a. O., Bd. I S. 266.

[2]) Vgl. Rekursentscheidung 2461, Amtl. Nachr. 1911, S. 391.

[1]) Stenographische Berichte a. a. O. S. 3488.

Digitized by Google

scheidungen beachten. Wie wenig dies vielfach geschieht, beweist allein die rechtliche Beurteilung derjenigen Fälle, in denen früher einmal dem Verletzten durch Bescheid der Berufsgenossenschaft oder durch Vergleich eine „lebenslängliche" Rente bewilligt wurde. Wenn jener Standpunkt des Reichsversicherungsamts schon aus juristischen Gründen anfechtbar ist: das Rechtsgefühl des Verletzten wird hier in einer Weise verletzt, wie sie schlimmer nicht gedacht werden kann. Einer geht hin und sagt's dem anderen. Die 10% Dauerrente, die noch dazu abgefunden werden kann, ist den Schaden, der hier anderweitig angerichtet wird, gewiß nicht wert. Wenn von einem Redner mit Pathos erklärt wurde, es sei lange her, daß sich das Reichsversicherungsamt des Wohlwollens der Versicherten erfreute, so beweist das nur eine sonderbare Auffassung von der Tätigkeit der obersten Instanz. Nicht das Wohlwollen der Parteien ist hier zu erringen — einen schwereren Vorwurf könnte man einer Spruchbehörde nicht machen —, sondern ihr Vertrauen, damit beide Teile, Versicherungsträger wie Versicherte, die Ueberzeugung haben: „Il y a des juges à Berlin!"

Die Störnäherinnen in der Reichsversicherung.

Von Oberregierungsrat **Kobler** in München.

Die Frage, ob die Störnäherinnen in einem der Invalidenversicherung unterliegenden Arbeitsverhältnis stehen, beschäftigte die mit dem Vollzuge der Versicherung und insbesondere mit der Rechtsprechung befaßten Behörden immer aufs neue. Der Beruf einer Störnäherin, welcher gerade auf dem Lande meist nur von schwächlichen Personen ergriffen wird, zwingt zu einseitiger Körperhaltung, Ueberanstrengung der Augen, unausgesetztem Aufenthalt in schlecht gelüfteten Räumen usw.; diese Schädlichkeiten führen zu Invalidität oder zu Krankheiten, zu deren Heilung ein Eingreifen der Versicherungsträger erwünscht wäre. In solchen Fällen ist es immer hart, darauf hinweisen zu müssen, daß ein versicherungspflichtiges Verhältnis nicht vorliege und die verwendeten Marken unwirksam seien.

Seit dem 1. Januar 1912 scheiden freilich die Fälle aus, in denen die Versagung einer Entschädigung das Rechtsgefühl am empfindlichsten verletzt; denn nach § 1445 RVO. kann die rechtsgültige Verwendung von Beitragsmarken regelmäßig nicht mehr angefochten werden, wenn seit der Aufrechnung der Quittungskarte ein zehnjähriger Zeitraum abgelaufen ist. Allein unsere Frage hat immerhin noch Bedeutung für jeden, der sich bestrebt, überall da, wo die Rechtsprechung in weiten Volkskreisen, insbesondere auch bei den in der Reichsversicherung ehrenamtlich mitwirkenden Männern kein Verständnis findet, zu prüfen, ob nicht doch ein Einklang zwischen Rechtsprechung und Volksempfinden hergestellt werden könnte.

Das Volksempfinden wendet sich nach meinen Wahrnehmungen insbesondere gegen die Auffassung, daß eine Störnäherin nicht mehr als versicherungspflichtig behandelt werden könne, wenn sie regelmäßig ein Lehrmädchen beschäftige und dieses im Hause der Kunden mindestens freien Unterhalt empfange (vgl. erstmals die Anleitung vom 19. Dezember 1899 betr. den Kreis der nach dem Invalidenversicherungsgesetz versicherten Personen Amtl. Nachr. 1900 S. 312 und die Anleitung vom 15. Dezember 1905 Amtl. Nachr. 1905 S. 664). In städtischen Verhältnissen kommt es ja sehr häufig vor, daß Näherinnen, ihre Kunden ohne Gehilfen besuchen; in solchen Verhältnissen kann ihnen in den Häusern der Kunden meist Beihilfe für untergeordnete Arbeit gewährt und so die teuer bezahlte Arbeitskraft der Näherin möglichst wirtschaftlich ausgenutzt werden. Dagegen ist auf dem Lande selten jemand zum Mithelfen im Hause, da auch die weiblichen Arbeitskräfte schon von früh auf in der Landwirtschaft dringend benötigt werden; auf der andern Seite schätzt man die Naturalverpflegung nicht so hoch ein, als daß nicht mit der Näherin noch jemand zum Miteſſen kommen dürfte. Darum geht, wie mir oft versichert wurde, auf dem Lande selten eine Näherin allein auf die Stör und in der Tat habe ich durch genauere Erhebungen auch dann, wenn anfangs behauptet

Digitized by Google

wurde, daß die Näherin keine Gehilfin gehabt habe, für ländliche Verhältnisse beinahe stets feststellen können, daß das nur ausnahmsweise vorgekommen sei. Die Kost, mit der gewöhnlich auch noch die Leistung eines kleinen Barbetrags (meist zehn Pfennige für den Tag) verbunden ist, wird aber nicht aus Gutherzigkeit gewährt, sondern als Entgelt einer wirtschaftlich immerhin wertvollen Arbeit. Man wird der Vergütung also die Eigenschaft eines Lohnes nicht absprechen können.

Die neue Anleitung des Reichsversicherungsamtes über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen (Amtl. Nachr. 1912, S. 721 ff.) gibt nun auf S. 781 die bisherige Rechtslage wieder. Auf S. 782 ist aber beigefügt, daß die Frage, ob als Kennzeichen der selbständigen Erwerbstätigkeit die Beschäftigung eines Lohnarbeiters beibehalten werden könne, nachdem die Reichsversicherungsordnung die von der Invalidenversicherung auszuschließenden Betriebsunternehmer im § 1229 Nr. 1 und § 1243 Abs. 1 Nr. 2 durch die Beschäftigung eines Versicherungspflichtigen bzw. zweier Versicherungspflichtiger gekennzeichnet hat, der Rechtsprechung überlassen bleiben müsse. Eine Klärung der Frage durch die Rechtsprechung wird wohl bald erfolgen.

Die erwähnten §§ 1229 und 1243 haben zwar an dem Begriffe der selbständig erwerbtätigen Personen nichts geändert, jedoch ist durch § 1229, auch in der Fassung, welche er im Reichstage erhielt (Beschränkung auf höchstens einen Versicherungspflichtigen, statt der zwei Versicherungspflichtigen des Entwurfs), die Befugnis des Bundesrates zur Erstreckung der Versicherungspflicht auf die selbständig erwerbstätigen Personen erweitert worden (vgl. für das frühere Recht Graßmann's Kommentar zum Invalidenversicherungsgesetz S. 197) und das gleiche ist in § 1243 hinsichtlich der Befugnis zur Selbstversicherung geschehen. Wenn auch die Motive (zu den §§ 1215 und 1228 des Entwurfs) über die Beweggründe schweigen; durch die Bestimmung selbst ist anerkannt, daß die Grenze der wirtschaftlichen Unselbständigkeit zu erweitern und damit der Kreis der Versicherung auch auf solche Personen zu erstrecken sei, die bisher wegen formalen Gründen als selbständig behandelt wurden.

Was für die Invalidenversicherung der Störnäherinnen gilt, gilt auch für die Krankenversicherung. Bisher hatte ja die Krankenversicherung für diese Arbeiterinnen deshalb keine Bedeutung, weil der gesetzliche Versicherungszwang schon durch die vorübergehende Natur der Beschäftigung meist ausgeschlossen war. Jetzt ist das anders geworden; in der Reichsversicherungsordnung ist der Versicherungszwang für beide Versicherungszweige im wesentlichen gleich geregelt und insbesondere die hier in Betracht kommenden Nrn. 1 der §§ 165 und 1226 haben denselben Wortlaut.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Unterbrechung der dreiwöchigen Kassenzugehörigkeit im Sinne des § 28 KVG.

Entscheidung des **Amtsgerichts** in **Euskirchen** vom 15. Januar 1913.

Der Kläger hat vom 1. Mai bis 30. September 1912 in einer Fabrik in Delmenhorst in Arbeit gestanden; vom 1. bis 6. Oktober war er erwerbslos. Am 7. Oktober trat er in Euskirchen bei einer Fabrik in Arbeit, schied jedoch am 12. Oktober aus dieser Stellung wieder aus und war von dieser Zeit an wieder erwerbslos. Am 15. Oktober erkrankte Kläger und begehrte Krankengeld von der beklagten Krankenkasse gemäß § 28 KVG. Die Aufsichtsbehörde wies ihn ab aus folgenden Gründen: § 28 KVG. verlange vor dem Ausscheiden aus der Kasse mindestens eine dreiwöchige ununterbrochene Zugehörigkeit zu einer auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes errichteten Krankenkasse. Der Kläger sei aber vom 1. Oktober 1912 bis 6. Oktober 1912 nicht Mitglied einer solchen Kasse gewesen. Als eine ganz kurze Unterbrechung der Mitgliedschaft könne ein Zeitraum von einer Woche nicht angesehen werden.

Das nach § 58 KVG. angerufene Amtsgericht hob die Entscheidung der Aufsichtsbehörde auf und gab dem Antrage des Klägers statt, der geltend gemacht hatte: 1. daß er die Beiträge bis zum 5. Oktober bezahlt habe und folglich bis dahin Mitglied geblieben sei; 2. daß er in der Zeit vom 1. bis 5. Oktober nur seinen Umzug bewerkstelligt habe und daß deshalb diese Unterbrechung seiner Kassenzugehörigkeit, falls eine solche überhaupt anzunehmen wäre, nicht in Betracht komme. Gründe:

Digitized by Google

Eine Unterstützung gemäß § 28 KVG. setzt voraus, daß der zu Unterstützende vor dem Ausscheiden aus der Kasse mindestens drei Wochen ununterbrochen Mitglied einer Kasse im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes gewesen ist. Die Kassenmitgliedschaft wird begründet durch Beginn und Ende der Beschäftigung. Die Beitragszahlung ist ohne Einfluß auf die Mitgliedschaft.

Hahn sagt darüber in seinem Kommentar zum KVG. (1908) S. 190 Anm. 1e zu § 28: „Uebrigens kommt es nur auf die wirkliche Kassenmitgliedschaft, nicht etwa darauf an, ob für die betreffenden drei Wochen Beiträge geleistet sind." Aehnlich Hoffmann in seinem Kommentar zum KVG. (1908): zu § 28 S. 255: „Die Mitgliedschaft besteht ohne ein Lohnarbeitsverhältnis auch dann nicht, wenn Beiträge für die Zeit der Unterbrechung gezahlt sind." Ebenso v. Koebke in Rechtspraxis der Krankenversicherung (1908) S. 96: „Eine dreiwöchentliche Zugehörigkeit zur Krankenkasse kann nicht daraus abgeleitet werden, daß für drei Wochen Mitgliederbeiträge an die Kasse eingezahlt worden sind, da die Kassenzugehörigkeit nur durch Lohnbeschäftigung, nicht aber durch Beitragszahlung begründet wird."

Somit steht fest, daß der Kläger und bis zum 30. September 1912 Angehöriger der Kasse Delmenhorst war. In der Zeit vom 1. Oktober bis 6. Oktober war er trotz Beitragszahlung nicht Mitglied einer Kasse im Sinne des § 28 KVG. Es fragt sich weiter, ob eine kurze Zeit zwischen dem Uebergang von einer Beschäftigung zur andern nicht als Unterbrechung der drei Wochen anzusehen ist. Es heißt darüber bei Hahn a. a. O.: „Es ist übrigens erforderlich, daß die drei Wochen ununterbrochener Mitgliedschaft bei einer oder mehreren Kassen dem Ausscheiden unmittelbar, als ein zusammenhängender Zeitraum, vorhergehen, wobei geringfügige Zwischenräume bei dem Uebergange von einer Beschäftigung zur andern nicht durchaus als Unterbrechung angesehen werden müssen." Hoffmann S. 255/256: „Eine ganz kurze Unterbrechung der Mitgliedschaft, wie sie beim Wechsel des Arbeitgebers gar nicht zu vermeiden ist, bleibt außer Betracht." v. Koebke S. 96: „Nur ganz geringfügige Zwischenräume bei Uebergang von einer Beschäftigung zu einer andern werden als Unterbrechung nicht angesehen."

Auf demselben Standpunkt steht unter anderen der Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshof in seiner Entscheidung vom 19. Mai 1903: „Arb.-Versorgg." (1903 S. 640). Es heißt da: „Streng genommen ist eine Unterbrechung der Kassenmitgliedschaft beim Wechsel des Arbeitgebers gar nicht zu vermeiden. Denn zwischen dem Austritt bei dem einen Meister und der Wiederaufnahme der Arbeit bei dem anderen wird regelmäßig ein, wenn auch noch so kurzer Zeitraum liegen, in welchem ein Beschäftigungsverhältnis nicht bestand. Es müssen daher solche kurzen Zwischenräume für die Frage der ununterbrochenen Mitgliedschaft außer Betracht bleiben, auch da, wo eine strenge Auslegung erfordert wird, weil eben sonst eine „ununterbrochene" Mitgliedschaft beim Wechsel des Arbeitgebers gar nicht vorkäme.

Die hier zitierte Entscheidung bezieht sich gerade auf den Fall, wo während der Unterbrechungszeit Beiträge bezahlt worden sind, also ebenso wie im Falle des Klägers. Die Entscheidung führt hierüber noch aus: „Der Zweck der Karrenzzeit ist einerseits der, die Kassen gegen Mißbrauch durch Herbeiführung der Mitgliedschaft bei für die nächste Zeit vorauszusehender Inanspruchnahme zu schützen, andererseits die freiwillige Mehrleistung der Kasse nur solchen Mitgliedern zukommen zu lassen, für welche schon Kassenbeiträge in gewissem Betrage bezahlt sind. In beiden Beziehungen liegt hinsichtlich des hier in Betracht kommenden Versicherten keine Veranlassung zur Verweigerung der beanspruchten Kassenleistung vor, da er schon seit nahezu einem halben Jahre der Kasse angehörte."

Hiernach ist also festzustellen: Ist nach den ganzen Umständen im Falle des Klägers die Zeit vom 1. Oktober bis 6. Oktober als eine solche anzusehen, die die Mitgliedschaft im Sinne des § 28 KVG. unterbricht oder nicht?

Es entspricht der Billigkeit, die Dauer der Unterbrechung nicht schematisch zu bewerten, sondern auf das Arbeitsverhältnis, auf die Entfernung der beiden Arbeitsstätten Rücksicht zu nehmen. Der Kläger mußte seine Wohnung ändern, er mußte von Delmenhorst in Oldenburg, bei Bremen gelegen, nach Euskirchen verziehen. Zu diesem Zwecke mußte der Kläger zuvor in Delmenhorst die ganzen Familienverhältnisse regeln.

Nimmt man den 1. Oktober als Tag des Einpackens und Räumens der Wohnung in Delmenhorst, den 2. und 3. Oktober als Zeit für die Beförderung der Möbel, den 4. und 5. Oktober als Tag des Einzugs in Euskirchen, des Einrichtens der Wohnung und Erledigung von polizeilicher Anmeldung usw., so bleibt als freier Tag für den Kläger nur der 6. Oktober, der ein Sonntag war.

Der Kläger konnte also nicht vor dem 7. Oktober in Euskirchen seine Beschäftigung antreten und konnte daher auch nicht eher Mitglied einer Krankenkasse im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes werden.

Legt man diesem Falle ferner die in der Entscheidung des Badischen Verwaltungsgerichtshofs im zweiten Teil angegebenen Grundsätze zugrunde, so ist ferner noch festzustellen, daß der Kläger 1. für die Zeit vom 1. Oktober bis 6. Oktober Beiträge bezahlt hat und 2. nach der Quittungskarte der Kasse in Delmenhorst mindestens vom Anfang des Jahres 1912 an ununterbrochen Mitglied der Kasse gewesen ist.

Nach alledem entspricht es der Billigkeit und dem Sinne des Gesetzes, daß die Zeit vom 1. Oktober bis 6. Oktober nicht als eine Unterbrechung der dreiwöchigen Frist anzusehen ist, und daß der Anspruch des Klägers auf Krankengeld nach § 28 KVG. zu Recht besteht.

Digitized by Google

Bildung von Zweckverbänden (RVO. § 527).

Erlaß der **preußischen Ministerien** v. 21. Februar 1913 (HMBl. S. 109).

Auf Grund des § 527 RVO. wird in Ergänzung der Nr. I, 1 des Erlasses vom 4. November 1912 (HMBl. S. 539) bestimmt:

1. Der Zweckverband wird unter entsprechender Anwendung der Vorschriften des Zweckverbandsgesetzes vom 19. Juli 1911 (GS. S. 115) gebildet.

   Für den Fall, daß selbständige Glieder des Verbandes Groß-Berlin, die einen Zweckverband gemäß § 527 RVO. zu bilden haben, mit der Bildung nicht einverstanden sind, bleiben besondere Bestimmungen vorbehalten.
2. Die Bildung eines Zweckverbandes kann unterbleiben, wenn ein Kreis- oder Provinzialverband, der den Bezirk der Orts- oder Landkrankenkasse als nächstgrößerer Verband umfaßt, die Aufgaben des Zweckverbandes übernimmt.

Die Aufsichtsbehörde ist nicht berechtigt, eine Krankenkasse anzuweisen, eine andere Kasse nach § 57a KVG. um Aushilfe zu ersuchen.

Entsch. des **Braunschw. Verwaltungsgerichtshofs** vom 12. Juni 1912.

Auf Antrag eines Kassenmitgliedes, Witwe W., wies die Aufsichtsbehörde die klagende Krankenkasse an, die Klägerin gemäß § 57a KVG. der Ortskrankenkasse in Sch., wo die Klägerin eine Haushaltung hatte, zu überweisen. Diese Verfügung hat die Klägerin angefochten.

Die Klage ist zulässig, wenn auch nicht nach § 58 KVG., da in dem Antrage der W. auf Ueberweisung an die allgemeine Ortskrankenkasse in Sch. nicht ein Unterstützungsanspruch im Sinne des § 58 KVG. geltend gemacht wird, so doch nach §§ 45 Abs. 1 u. 6, 24 KVG. in Verbindung mit I § 5 Abs. 1 VO. vom 14. März 1904 Nr. 14. Denn es handelt sich um eine auf Befolgung gesetzlicher Vorschriften hinzielende Anordnung der Aufsichtsbehörde, die die Klägerin als rechtlich nicht begründet mit dem Hinweise ansieht, daß die Kasse durch die Auflage mit einer unbegründeten Verbindlichkeit belastet sei. Der Klage kann auch der Erfolg nicht versagt werden.

Da die W. zur Zeit der Einweisung eine eigene Haushaltung hatte und Umstände, die nach § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. die Anordnung der Krankenhauspflege unabhängig von der Zustimmung der Erkrankten zulässig erscheinen lassen, nicht vorlagen, so konnte sie gegen ihren Willen der Krankenhausbehandlung nicht überwiesen werden. Der diese Rechtslage verkennende Standpunkt der Klägerin dürfte indessen dem Beklagten keine Handhabe bieten, ihr gemäß § 57a KVG. vorzuschreiben, die Unterstützung der W. durch Inanspruchnahme der Ortskrankenkasse ihres Wohnorts zu gewähren. Hierdurch würde die auf § 26a Ziff. 2b KVG. begründete Vorschrift des § 22 des Kassenstatuts, den Versicherten — von dringenden Fällen abgesehen — ärztliche Behandlung, sofern sie nicht im Krankenhause erfolgte, nur durch den Kassenarzt zu leisten, in ihrer Wirksamkeit unzulässig beeinträchtigt. Die Aushilfspflicht der Wohnortskrankenkasse tritt nach § 57a Abs. 1 KVG. nur auf Erfordern der endgültig verpflichteten Ortskrankenkasse ein, und der Erkrankte hat keinen Anspruch darauf, daß die Kasse, der er angehört, ein entsprechendes Ersuchen an die Kasse des Wohnortes stellt. Die endgültig verpflichtete Kasse kann auch dem außerhalb ihres Bezirkes wohnenden Versicherten die Unterstützung selbst gewähren, und die Aufsichtsbehörde ist nicht berechtigt, den Versicherungsträger anzuweisen, ein Ersuchen nach § 57a Abs. 1 KVG. an eine Aushilfskasse zu richten (Hahn 6 Anm. 1b zu § 57a KVG.; Hoffmann Anm. 6 zu § 57a u. Anm. 7 zu § 5 KVG.; v. Schicker 2 Anm. 2 u. 9 zu § 57a KVG.).

Wird durch die von der angegriffenen Entscheidung angeordnete Ueberweisung der W. an die allgemeine Ortskrankenkasse in Sch. die Klägerin hiernach in ihren Rechten verletzt, so unterliegt die Entscheidung der Aufhebung.

B. Zur Unfallversicherung.

Mitunternehmer als versicherter Arbeiter im Betriebe des gemeinsamen Unternehmens.

Rek.Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 17. September 1912.

Der Kläger ist Mitglied der Fährgesellschaft Altefähr, also Mitunternehmer des bei der Beklagten katastrierten Fährbetriebs. Als solcher ist er, da er sich nicht freiwillig versichert hat, an und für sich nicht gegen Unfälle versichert, die er im Betriebe erleidet. Das Reichsversicherungsamt ist aber in wesentlicher Uebereinstimmung mit dem Schiedsgerichte der Auffassung, daß der Kläger jedenfalls bei der Verrichtung, bei der er am 27. November 1910 verunglückte, nicht als Mitunternehmer, sondern als Arbeiter des Betriebs tätig war. Die im Betriebe der Gesellschaft notwendigen Dienstleistungen werden grundsätzlich, soweit es sich nicht um die Bedienung der Dampfmaschine handelt, von den Gesellschaftern verrichtet. Jedoch steht es jedem frei, sich durch irgendeine dritte Person, die nicht Mitglied der Gesellschaft zu sein braucht, vertreten zu lassen. Von dieser Befugnis wird häufig Gebrauch gemacht. Der Vertreter erhält als Lohn außer dem dem Vertretenen zustehenden Tagelohn noch einen Zuschlag, der ihm von letzterem zu zahlen ist. Auch der Kläger hat häufig andere Gesellschafter in dieser Weise vertreten und im Jahre 1910 dadurch 86 M. verdient. So ist er auch, als er am 27. November 1910 zu Schaden kam, Vertreter eines Mitgesellschafters gewesen. Da nun der Kläger durch den Gesellschaftsvertrag nicht verpflichtet war, die Vertretung zu übernehmen, sein Anspruch auf Entlohnung dieser seiner Tätigkeit auch von der Gewinnbeteiligung als Mitunternehmer unabhängig war, so ist er durch die Annahme der Vertretung als Arbeiter in den

Digitized by Google

Dienst des betreffenden Gesellschafters und damit der Gesellschaft selbst getreten. Der Umstand, daß der Betrag, der sonst dem Vertretenen gebührte, nunmehr ihm von der Gesellschaft ausbezahlt worden ist, ist unerheblich. Dazu kommt, daß der Kläger seiner ganzen gesellschaftlichen Stellung nach als Arbeiter anzusehen und auf Arbeitsverdienst angewiesen ist. Demnach vertritt er andere Gesellschafter nicht aus Gefälligkeit, sondern, um sich neben seinen sonstigen Einkünften noch einen Arbeitsverdienst zu verschaffen. Dies ergibt sich auch daraus, daß er gelegentlich in anderen Betrieben als Arbeiter tätig ist (zu vgl. auch Handb. der Unf.Vers. 3. Aufl. Bd. I Anm. 3 Abs. 2 und 3 zu § 1 GUVG. S. 49 ff. und Bd. II Anm. 2 zu § 153 SUVG. S. 573). Bei dieser Sachlage ist die Beklagte mit Recht verurteilt worden, den Unfall zu entschädigen.

Netzhautablösung als Betriebsunfall?

Rekursentscheidungen des **Reichsversicherungsamts** a) vom 18. September 1912; b) vom 4. Oktober 1912.

Die Beurteilung der Frage hängt immer von der Würdigung der besonderen Umstände des einzelnen Falles ab. Darauf beruhen die im Ergebnis abweichenden zwei folgenden Entscheidungen.

a)

Daß der Kläger, wie er behauptet, bei seiner Arbeit eine so schwere Erschütterung des Kopfes erlitten hat, daß sie als Ursache der Netzhautablösung angesehen werden könnte, hat der Senat auf Grund der stattgehabten Ermittelungen nicht für erwiesen erachtet. Dagegen war anzunehmen, daß die Netzhautablösung, zu der der Kläger infolge seiner hochgradigen Kurzsichtigkeit besonders disponiert war, an jenem Tage infolge seiner anstrengenden Tätigkeit, seines häufigen Bückens und des dadurch hervorgerufenen Blutandranges nach dem Kopfe plötzlich verursacht worden ist. Diese Annahme wird durch den Obergutachter unterstützt, welcher das Heben schwerer Lagerschilder bei hochgradiger Kurzsichtigkeit als eine für das Auge gefährliche Beschäftigung erklärt und der Meinung ist, daß die Tätigkeit des Verletzten sehr wohl geeignet war, die Erkrankung zum Ausbruch zu bringen. Wenn die Beklagte dagegen ausführt, es liege hier nicht ein Unfall, sondern eine Gewerbekrankheit vor, so ist ihr entgegenzuhalten, daß der Akt der Netzhautablösung sicherlich ein einmaliges plötzliches Ereignis ist, das einen Unfall darstellt. Auf eine Gewerbekrankheit dagegen ist möglicherweise die Disposition zu diesem Unfall zurückzuführen, die infolge häufigen Bückens allmählich immer mehr zunehmende Kurzsichtigkeit. Daß aber infolge solcher Kurzsichtigkeit die Netzhaut sich ablöst, geschieht innerhalb eines kurzzeitigen einmaligen Ereignisses. Hiernach ist das Leiden des Verletzten auf ein plötzliches, das heißt in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis zurückzuführen, für welches die Berufsgenossenschaft diesen zu entschädigen hat.

b)

Die erste Blutung, in das rechte Auge, ist erfolgt, als die Klägerin am 15. September 1910 einen Korb Kartoffeln im Gewichte von etwa 50 Pfund auf die Schulter heben wollte; die zweite Blutung, in das linke Auge, ist eingetreten, als die Klägerin am 30. November 1910 einen Sack Mehl, der auch ungefähr 50 Pfund wog, auf dem Kopf von der Mühle, wohin sie die Frucht zum Mahlen getragen hatte, nach Haus schaffte. In beiden Fällen hat die Klägerin also Arbeiten verrichtet, die vielleicht als schwere bezeichnet werden können, die aber keineswegs über den Rahmen der betriebsüblichen hinausgingen und keine das gewohnte Maß übersteigende Anstrengung von der Klägerin, die nach eigener Angabe bis Mitte September 1910 im vollen Besitz ihrer Arbeitskraft gewesen ist und alle einer Bäuerin obliegenden Arbeiten ohne Beschwerden geleistet hat, verlangten. Die Auffassung des Geheimen Medizinalrats Dr. K., die das Schiedsgericht zu der seinigen gemacht hat, die Klägerin habe an den bezeichneten Tagen außergewöhnliche Anstrengungen ertragen, sich also überanstrengt, konnte das Reichsversicherungsamt nach Lage der Sache nicht teilen. Eine derartige Ansicht wird den Tatsachen nicht gerecht. Auch kann der Meinung des ärztlichen Sachverständigen, die Klägerin habe an den fraglichen Tagen Arbeiten verrichtet, die man ihr in Anbetracht ihres vorgerückten Alters nicht zumuten durfte, nicht zugestimmt werden. Diese Ansicht mag vom medizinischen Standpunkt aus berechtigt sein; wirtschaftlich und für die Frage, ob hier ein Betriebsunfall angenommen werden kann, ist sie unzutreffend und findet nach den Ermittelungen nirgends eine Stütze und trifft auch schon nach den eigenen Angaben der Klägerin nicht zu.

Das Reichsversicherungsamt ist hiernach zu dem Ergebnis gekommen, daß die Betriebsverrichtungen der Klägerin am 15. September und 30. November 1910 keinen, jedenfalls keinen ins Gewicht fallenden Anteil an dem Eintritte der Blutungen in das Augeninnere gehabt haben, daß diese also nicht durch die Betriebsverrichtungen hervorgerufen worden, sondern nur bei Gelegenheit derselben aufgetreten sind. Die Klägerin hat demnach einen Unfall beim Betriebe nicht erlitten und kann somit keine Entschädigung von der Beklagten verlangen.

Ob der Anspruch des Verletzten gegen die Krankenkasse weggefallen ist, hat die Berufsgenossenschaft selbständig zu prüfen; Entscheidungen der Rechtsmittelinstanzen in dem Verfahren über den Anspruch des Verletzten gegen die Krankenkasse binden nicht.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 8. November 1912.

Der Kläger, der die ihm nach Ablauf der 13. Woche seit dem Unfall gewährte Rente nicht bemängelt, beansprucht für die Zeit vom 30. Dezember 1910 bis zum 16. Januar 1911 eine Unfallrente, weil er in dieser, innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfalle liegenden Zeit mindestens teilweise erwerbsunfähig gewesen, mit seinem Anspruche aber von

Digitized by Google

der Ortskrankenkasse und der Aufsichtsbehörde durch Entscheidung vom 18. Oktober 1911 rechtskräftig abgewiesen worden sei. Der Kläger glaubt daher, daß zu seinen Gunsten der Fall des § 13 GUVG. vorliege und die Beklagte verpflichtet sei, ihn für die Zeit, seitdem sein Anspruch auf Krankengeld weggefallen sei, zu entschädigen.

Dieser Auffassung kann nicht beigetreten werden. Aus dem Gutachten des Dr. R. in St. ergibt sich, daß bei B. zwar bereits vor dem Unfalle ein gewisser Grad von Neurasthenie bestanden, daß dieses Leiden aber durch den Unfall eine wesentliche Verschlimmerung erfahren hat. Auch die von der Ortskrankenkasse gehörten Sachverständigen bezeichnen ihn als Neurastheniker; aber ihre Annahme, daß er am 30. Dezember 1910 trotzdem erwerbsfähig gewesen sei, wird einmal durch den von Dr. R. aufgenommenen Befund und ferner durch die Auskunft der Arbeitgeberin widerlegt, wonach B. nach dem 30. Dezember 1910 zwar den Versuch gemacht hat, die Arbeit wieder aufzunehmen, sie aber wegen seines Leidens wieder hat einstellen müssen. Daraus ergibt sich, daß er auch am 30. Dezember 1910 und in der Folgezeit nicht nur krank, d. h. neurasthenisch, sondern auch infolgedessen erwerbsunfähig gewesen ist. Sein Anspruch auf die Fürsorge der Krankenkasse bestand daher über den 29. Dezember 1910 hinaus und bis zum Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall fort.

Die abweichende Beurteilung der Kasse und der Aufsichtsbehörde hat nicht die Zahlungspflicht der Beklagten zur Folge. Die Haftpflicht der Berufsgenossenschaft ist nach § 13 GUVG. nicht schon dann gegeben, wenn die Fürsorge der Krankenkasse tatsächlich aufgehört hat, sondern sie hat zur Voraussetzung, daß der Anspruch des Verletzten gegen die Krankenkasse weggefallen ist. Ob dies der Fall ist, haben die Berufsgenossenschaft und die Instanzen der Unfallversicherung selbständig zu prüfen. Die Rechtskraft der Entscheidung der Aufsichtsbehörde der Krankenkasse ist ohne rechtliche Bedeutung, weil sie gegen die Beklagte, als eine dritte im Streit nicht befangen gewesene Person, nicht wirken kann. Wenn schließlich der Kläger darauf hinweist, daß die Ablehnung seiner Ansprüche eine Unbilligkeit bedeute, so kann ihm diese Erwägung allein zur Anerkennung seines Anspruchs gegen die Beklagte nicht verhelfen, namentlich da seine Annahme, daß die Berufsgenossenschaft einen Rückgriff gegen die Krankenkasse habe, mit Rücksicht darauf wesentlichen Bedenken unterliegt, daß dieser Anspruch nur ein abgeleiteter (§ 13 Abs. 3 GUVG.) und durch die rechtskräftige Entscheidung der Aufsichtsbehörde erledigt ist. Es muß aber auch darauf hingewiesen werden, daß der Kläger seinen Anspruch gegen die Krankenkasse nicht mit allen Mitteln durchgefochten hat, indem er von der Benutzung weiterer, ihm zustehender Rechtsbehelfe gegen die Entscheidung der Aufsichtsbehörde (§ 58 KVG.) Abstand genommen hat. Der Rekurs mußte deshalb als unbegründet zurückgewiesen werden.

(Breithaupt, Sammlung von Entscheidungen.)

Ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Unfall und dem nach 14 Jahren eingetretenen Tode verneint.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 16. Dezember 1912.

Der Unfall, durch welchen am 19. Oktober 1897 dem damals 42jährigen Kohlenfahrer Heinrich E. beide Unterschenkel zermalmt wurden, so daß rechts der Unterschenkel in der Mitte, links der Oberschenkel noch mit abgenommen werden mußte und der Verletzte zwei künstliche Beine erhielt, mit denen er sich nur mühsam fortbewegen konnte, war ein recht schwerer. Es ist nicht zu bezweifeln, daß durch die Folgen dieses Unfalles das Wesen des bis dahin gesunden, lebensfrohen Mannes sehr beeinflußt, auch infolge der Bewegungsbehinderung die Verdauung und das Allgemeinbefinden des Verletzten beeinträchtigt worden ist. Aber der Verunglückte ist erst am 30. August 1911, fast 14 Jahre nach dem Unfall, als 56jähriger Mann gestorben. In solchem Alter stellen sich erfahrungsgemäß vielfach Leiden auch ohne Zusammenhang mit alten Unfällen ein. Es ist deshalb an sich schon sehr fernliegend, den Tod des E. ursächlich auf jenen alten Unfall zurückzuführen. Dabei ist es ganz unerheblich, ob Sanitätsrat Dr. F. nur einmal, oder, wie zunächst angegeben worden ist, aber auf einem Irrtum bei der Aufnahme der Erklärungen der Witwe E. beruhen soll, sehr häufig zu Rate gezogen worden ist, ob die Witwe die Leichenöffnung unter Ausgrabung der bereits bestatteten Leiche infolge eines Irrtums über die Kostenlast oder aus anderen Beweggründen zunächst verweigert hat und ob die Leichenöffnung im schiedsgerichtlichen Verfahren noch hätte erfolgen können. Es kann unterstellt werden, daß der Verunglückte sich in der ganzen langen Zeit nach dem Unfall kaum von Hause fortbewegt hat, still und zurückhaltend wurde, seinen Frohsinn verlor, und in den letzten Jahren aufgeregt und nervös wurde, auch sonst kränkelte und sich schwach fühlte. Darum braucht der nach 14 Jahren eingetretene Tod noch nicht — auch nicht mittelbar — notwendig Unfallfolge zu sein. Dagegen spricht, daß Sanitätsrat Dr. F. bei der einmaligen Befragung drei bis vier Monate vor dem Tode wegen der Klagen des E. über heftige Schmerzen im Leib folgerte, wenn auch nicht mit Sicherheit, daß Magenschmerzen oder Gallensteinbeschwerden vorliegen könnten. Diese Schmerzen sollen auch in den letzten Tagen wieder aufgetreten sein und die ganze Nacht vor dem Tode bestanden haben. Hieraus könnte man auf die Richtigkeit der Annahme eines Magen- oder Gallensteinleidens schließen. Andererseits könnte man, da der Tod unter plötzlichem Sinken vom Stuhle eingetreten ist, auch einen Herz- oder Gehirnschlag als Todesursache annehmen. Wie aber auch die Erscheinungen kurz vor oder schon längere Zeit vor dem Tode zu deuten wären, es ist gar kein auch nur einigermaßen wahrscheinlicher, geschweige denn sicherer Anhalt dafür vorhanden, daß diese Erscheinungen auf den Unfall vom Jahre 1897 zurückzuführen wären. Der Wahrscheinlichkeitsannahme des vom

Digitized by Google

Schiedsgericht gehörten Dr. Kr. vermag das Reichsversicherungsamt nicht zu folgen. Es ist ebenso möglich oder wahrscheinlich, — und bei der Länge der Zwischenzeit liegt dies durchaus näher — daß den 56jährigen Mann ein von dem Unfall unabhängiges Leiden erfaßt und hingerafft hat. Es läßt sich gar nicht feststellen, daß E. ohne den Unfall überhaupt länger gelebt haben würde. In Übereinstimmung mit dem Gutachten des Geheimen Medizinalrats Professors Dr. R. und des Oberarztes Dr. Br. sieht daher das Reichsversicherungsamt den Nachweis, daß der Tod des Ehemannes E. ursächlich auf den Unfall vom 19. Oktober 1897 zurückzuführen, insbesondere wesentlich durch denselben beschleunigt worden sei, auch nur mit einiger Wahrscheinlichkeit nicht als erbracht an.

Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes bei einem Verletzten, der ohne Entgelt im Betriebe beschäftigt war (§ 570 RVO).

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 2. Januar 1913.

Dem § 10 Abs. 4 GUVG. entspricht der § 570 RVO., der vorschreibt: Erreicht der Jahresarbeitsverdienst nicht das Dreihundertfache des Ortslohns für Erwachsene über einundzwanzig Jahre, so gilt dieses Dreihundertfache als Jahresarbeitsverdienst. Diese Vorschrift erwähnt also, abweichend vom § 10 Abs. 4 GUVG., nicht den Fall, daß der Versicherte keinen Lohn bezogen hat. Aus der Entstehungsgeschichte der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über den Jahresarbeitsverdienst ist aber nirgends ersichtlich, daß der bisherige Rechtszustand in dieser Beziehung grundsätzlich hat geändert werden sollen; im Gegenteil, das Schweigen der Erläuterungen und Beratungen beweist, daß es im allgemeinen hat beim alten bleiben sollen. Sonach erfassen diese Vorschriften, insbesondere § 570 RVO. zwar nicht ausdrücklich den Fall, daß der Verletzte kein Entgelt im Betriebe bezogen hat; der Fall muß aber dem im § 570 behandelten Falle gleichgestellt werden, denn so verlangt es die beabsichtigte Aufrechterhaltung des bisherigen Zustands. Als Jahresarbeitsverdienst des Klägers gilt also nach der Reichsversicherungsordnung das Dreihundertfache des Ortslohns Erwachsener über einundzwanzig Jahre, und zwar gemäß § 567 desjenigen Ortslohns, der zur Zeit des Unfalls für den Beschäftigungsort des Klägers festgesetzt war. Das ist aber der der Rente zugrunde gelegte Betrag von 540 M. Die Reichsversicherungsordnung ist mithin dem Kläger nicht günstiger, als das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz, und der Rekurs war daher, weil nach beiden Gesetzen unbegründet, zurückzuweisen.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Versicherungspflicht von Chauffeuren.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Frankfurt a. O.** vom 12. September 1912.

Chauffeure gehören meistens dem Stande der Maschinenschlosser an. Verlangt wird von ihnen die Kenntnis der maschinellen Einrichtungen des Fahrzeugs, die Fähigkeit, einfachere Reparaturen auszuführen und das Fahrzeug sicher zu leiten. Ueber eine gewisse theoretische und praktische Ausbildung haben sie sich, wie jeder Lenker eines Kraftfahrzeugs, in der Regel vor Ingenieuren der Dampfkesselüberwachungsvereine, auszuweisen. Diese Ausbildung und Tätigkeit rückt sie indessen noch nicht in eine wirtschaftliche oder soziale Stellung, welche die eines Arbeiters oder Gehilfen wesentlich überragt. Sie pflegen, wenn sie keine Stellung als Chauffeur haben, ihre frühere Tätigkeit als Maschinenschlosser wieder aufzunehmen. Daß die Chauffeure nicht zu der Gruppe der sonstigen Angestellten der Ziff. 2 § 1 des JVG. bzw. den „anderen Angestellten" der Ziff. 2 des § 1226 RVO. zu rechnen sind, läßt schon einen Vergleich mit denjenigen Personen in gehobener Stellung erkennen, welche die Rechtsprechung dieser Gruppe zuweist. — Vgl. Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der gegen Invalidität versicherten Personen Ziff. 43. — Insbesondere sind sie nicht in eine Linie zu stellen mit einem Lokomotivführer, welchem in der Entscheidung 1589 Amtl. Nachr. 1911 S. 584 mit Rücksicht auf die ihm außer der Wartung und Führung der Maschine obliegende Beaufsichtigung und Unterweisung des Heizers und die Ausübung der Bahnpolizei die gehobene Stellung eines „sonstigen Angestellten" des § 1 Ziff. 2 des JVG. eingeräumt ist, die ungefähr der eines Eisenbahnassistenten entspricht.

Hiernach gehört S. als Chauffeur zu den Gehilfen im Sinne des § 1226 Ziff. 1 RVO. Er unterliegt daher ohne Rücksicht auf die Höhe des Einkommens der Versicherungspflicht.

(DDr.) **Versicherungspflicht der Ehefrau eines Hausreinigers.**

Entscheidung des **Oberversicherungsamts** vom 9. Oktober 1912.

Die Eheleute M. verrichteten seit 1909 im Hause H . . . straße 18 und später auch in den einem anderen Eigentümer gehörigen Häusern H . . . straße 14 und 16 Arbeiten, die hauptsächlich in Treppenreinigung, Besorgung der Treppenhausbeleuchtung, sowie Bedienung der Heizungs- und Warmwasseranlagen bestanden. Das Abkommen war mit dem Bevollmächtigten der Eigentümerin, P., und dem Ehemann M. mündlich getroffen. Auf den letzteren, der Gelegenheitsarbeiter ist, entfiel durchschnittlich weniger als ein Viertel der Arbeiten, auf die Ehefrau mithin mehr als drei Viertel derselben, die mit weit mehr als einem Drittel des maßgebenden ortsüblichen Lohnes zu bewerten sind. Die erste Lohnarbeit hat in jeder Beitragswoche in dem Hause H . . . straße 18 stattgefunden. Zu entscheiden war, ob die Ehefrau M. invalidenversicherungspflichtig sei. Die Polizeibehörde bejahte diese Frage und sprach ferner aus, daß die Eigentümerin des Hauses H . . . straße 18 als beitragspflichtige

Digitized by Google

Arbeitgeberin anzusehen sei. Aus den Gründen sei folgendes hervorgehoben: Die Ehefrau M. ist gemäß § 1 Ziff. 1 IVG. versicherungspflichtig. Hieran ändert der Umstand nichts, daß die Abmachungen nur mit dem Ehemanne getroffen sind. Auch solche Personen, die erst durch Vermittlungen eines Dritten für einen andern Dienste leisten, müssen als versicherungspflichtige Arbeiter bzw. Gehilfen desjenigen angesehen werden, dem das Ergebnis dieser Arbeit zu gute kommt, sofern der letztere für diese Dienste eine Entschädigung gewährt, und wenn der Arbeitgeber der Mittelsperson nach Lage der Verhältnisse annehmen muß oder damit rechnet, daß die von ihm angenommene Person zur Ausführung der übertragenen Arbeit einer Mithilfe bedarf oder sich einer solchen bedient. — In der hiergegen eingelegten Beschwerde machte der Bevollmächtigte der Grundeigentümerin geltend, er habe lediglich mit dem Ehemann M. zu tun; dieser sei ihm gegenüber verpflichtet, die Arbeiten selbst auszuführen, ihm auch allein für die exakte Ausführung verantwortlich. Habe tatsächlich M. die Arbeiten teilweise durch seine Ehefrau ausführen lassen, so sei hierdurch doch nicht Versicherungs- bzw. Beitragspflicht für die Hauseigentümerin begründet. Falls aber tatsächlich die Ehefrau M. gelegentlich in dem in Betracht kommenden Grundstück tätig gewesen sei, so werde doch bestritten, daß sie die erste Arbeit in jeder Woche gerade in diesem Hause geleistet habe. — Das Oberversicherungsamt, an welches inzwischen zuständigkeitshalber die Beschwerde gelangt war, wies diese mit etwa folgender Begründung ab:

Wie das Reichsversicherungsamt wiederholt unter dem Geltungsbereiche des Invalidenversicherungsgesetzes ausgeführt hat, ist bei Prüfung der Frage, ob ein versicherungspflichtiges Arbeits- oder Dienstverhältnis vorliegt, weniger auf die hergebrachte Benennung oder die rechtliche Erscheinungsform, als auf den wirklichen Tatbestand und den wirtschaftlichen Inhalt des Geschäfts, weniger auf die zivilrechtlichen und formalen, als auf die wirtschaftlichen und tatsächlichen Gesichtspunkte der Nachdruck zu legen. Demgemäß hat das Reichsversicherungsamt in einer Reihe von Revisionsentscheidungen angenommen, daß eine Ehefrau, die durch den Dienstherrn ihres Ehemannes mit einem Teil der von diesem übernommenen Arbeiten beschäftigt wird, zu dem Dienstherrn in ein versicherungspflichtiges Verhältnis tritt, ohne daß mit ihr eine unmittelbare Abmachung getroffen oder eine besondere Vergütung für ihre Leistungen ausgeworfen ist, zu vergleichen insbesondere Revisionsentscheidungen 848 Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamtes 1900 S. 831. An diesen Grundsätzen ist auch durch die Einführung der Reichsversicherungsordnung nichts geändert worden, vielmehr werden dieselben Grundsätze, die in der zitierten Revisionsentscheidung betont sind, in der Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen in Anwendung gebracht. Insbesondere wird in Ziff. 14 a. a. O., welche von dem mittelbaren Arbeitsverhältnis handelt, Bezug genommen auf Beschäftigungsverhältnisse, bei denen dritte, namentlich Familienangehörige des Arbeitnehmers, einen Teil der Arbeiten ausführen, ohne daß mit ihnen eine unmittelbare Abmachung getroffen oder eine besondere Vergütung für ihre Leistungen ausgeworfen wäre. Auch in dem hier vorliegenden Falle erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß die Ehefrau M. zu dem Dienstherrn ihres Ehemannes in ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis getreten ist, denn die Ehefrau M. verrichtete tatsächlich mit Willen des Arbeitgebers in erheblichem Maße die dem Ehemanne übertragenen Arbeiten, da, wie dem Dienstherrn bekannt sein mußte, der Ehemann, der als Gelegenheitsarbeiter seinem Gewerbe nachging, die Arbeiten selbst zu leisten regelmäßig verhindert war. In dieser Richtung muß auf die glaubwürdige Aussage der Ehefrau M. verwiesen werden, nach welcher im Winter etwa drei Viertel der Arbeiten auf sie selbst und nur ein Viertel auf ihren Mann entfiel. Im Sommer betrug die Arbeitsleistung des Mannes sogar kaum den vierten Teil der Arbeiten. Der weitere Einwand des Beschwerdeführers erledigt sich durch die glaubwürdige und durch nichts widerlegte Behauptung der Ehefrau M., daß sie in jeder Beitragswoche die erste Arbeit in dem hier in Betracht kommenden Hause verrichtet habe. Der Beschwerde war somit der Erfolg zu versagen.

Die Kinderzuschußrente kommt bei Berechnung der Waisenrente nicht in Betracht.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts** in **Königsberg i. Pr.** vom 16. August 1912.

Gemäß § 1291 RVO. würde die Invalidenrente des verstorbenen Vaters der durch ihren Vormund vertretenen Kinder, wenn der Vater in den Genuß dieser Rente getreten wäre, sich für jedes dieser Kinder um ein Zehntel bis zu dem höchsten anderthalbfachen Betrage erhöht haben. Die Versicherungsleistungen für die Waisenrente werden aber nicht nach der Invalidenrente des Ernährers berechnet, sondern setzen sich nach §§ 1284 a. a. O. aus dem festen Reichszuschuß von 25 M. für jede Waise und einem Anteil der Versicherungsanstalten zusammen. Der Anteil der Versicherungsanstalten richtet sich gemäß § 1286 RVO. nach den gezahlten Beiträgen und den Militärdienst- und Krankheitszeiten, die als Beitragswochen gelten, wobei zu beachten ist, daß nach Art. 69 Einf.Ges. z. RVO. nur die für die Zeit nach dem 1. Januar 1912 geleisteten Beiträge anzunehmen sind. Da der Verstorbene nach dieser Zeit noch 4 Beiträge II. Lohnklasse geleistet hatte und eine anrechenbare Krankheitswoche zu berücksichtigen war, so betragen die hinzuzurechnenden Steigerungssätze gemäß § 1289 und § 1393 RVO. 4×6 Pf. $+ 1 \times 6$ Pf. $= 30$ Pf. Nach § 1292 RVO. beträgt der Anteil der Versicherungsanstalt bei Waisenrente für eine Waise drei Zwanzigstel, für jede weitere Waise ein Vierzigstel des Grundbetrages und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidät bezogen hätte. Die Ermittelung des Grundbetrages ist nach den beigebrachten Marken usw. gemäß § 1288 a. a. O. von der Versicherungsanstalt richtig auf 70 M. berechnet, so daß der Anteil der Versicherungsanstalt für eine Waise $^3/_{20} = {}^6/_{40}$, und bei Berücksichtigung von im ganzen 7 Waisenkindern für die übrigen 6 Waisen je $^1/_{40}$, zusammen

Digitized by Google

also $^{12}/_{40}$ = 21,08 M. in Ansatz kommen. Jede Waise erhält von dieser Gesamtsumme $^1/_7$ = 3,01 M. als Anteil der Versicherungsanstalt. Mithin beträgt die Waisenrente für jede der 7 Waisen 28,01 M. jährlich, die gemäß § 1297 a. a. O. auf 28,20 M. aufzurunden ist. Es kann einem Zweifel nicht wohl unterliegen, daß die Kinderzuschußrente bei Berechnung der Waisenrente nicht in Betracht kommt, weil die Waisenrente nach dem gesetzlich feststehenden Reichszuschuß, dem Grundbetrag und den gesetzlich in § 1289 ebenfalls festgelegten Steigerungssätzen berechnet wird. Kinderzuschußrente ist aber kein Steigerungssatz in diesem Sinne. Sollte diese berücksichtigt werden, so hätte die gesetzliche Bestimmung lauten müssen, daß die Waisenrente sich nach der Invalidenrente des verstorbenen Elternteils richte, was aber, wie oben dargelegt, nicht der Fall ist.

(W.) Invalidenversicherungspflicht eines Stenographen.

Entscheidung des Versicherungsamtes Hamburg vom 18. Dezember 1912.

Der Anwaltschreiber S. wird seit mehr als zehn Jahren bei den Rechtsanwälten Dres. P. und N. beschäftigt und bezieht seit mehreren Jahren ein Gehalt von über 2000 M. jährlich. Gegenwärtig beträgt sein Gehalt monatlich 200 M. Seit Jahren wird er überwiegend mit der stenographischen Aufnahme von Diktaten beschäftigt und mit der Herstellung der Reinschriften, indem er die Stenogramme einer Schreibmaschinistin in die Maschine diktiert. Außer ihm werden noch zwei andere Schreibmaschinistinnen mit der Aufnahme von Stenogrammen nach Diktat beschäftigt. Der S. wird nebenher auch noch mit den üblichen Arbeiten der Anwaltschreiber beschäftigt, also mit der Ausfertigung von Klagen, mit dem Entwurf von Anträgen in Zwangsvollstreckungssachen usw. Er hat auch englische Sprachkenntnisse und korrespondiert gelegentlich in englischer Sprache. Seine Arbeitgeber halten ihn nicht mehr für invalidenversicherungspflichtig, seitdem er über 2000 M. Gehalt bezieht, indem sie ihn als Angestellten in gehobener Stellung im Sinne des § 1226 Ziff. 2 RVO. ansehen. Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt ist dagegen anderer Ansicht, mit der Begründung, daß seine stenographische Tätigkeit eine rein mechanische sei und seine gelegentliche anderweitige Tätigkeit ihn nicht zum Angestellten im Hauptberuf machen könne.

Die Beantwortung der Frage, ob der S. noch invalidenversicherungspflichtig ist oder nicht, hängt davon ab, ob er als Gehilfe im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 oder als sonstiger Angestellter im Sinne der folgenden Ziffer des Gesetzes nach der Art seiner Tätigkeit und seiner sozialen und wirtschaftlichen Stellung anzusehen ist. Gehilfen im Sinne der Ziff. 1 des Gesetzes sind nicht nur die handarbeitenden Gewerbegehilfen, sondern auch andere Hilfspersonen der Arbeitgeber, deren Tätigkeit im wesentlichen eine niedere ausführende oder geistig unselbständige ist und daher der Tätigkeit der Arbeiter, Gehilfen und Dienstboten in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht im wesentlichen gleichwertig ist. Es kann nun nicht zweifelhaft sein, daß die Handhabung der Kurzschrift für jeden Geübten an und für sich ebenso eine rein mechanische Tätigkeit ist, wie die Kunst des Schreibens überhaupt. Da zweifellos die mit den niederen mechanischen Schreibarbeiten betrauten Personen in bureaumäßigen Geschäftsbetrieben als Gehilfen anzusehen sind, so muß also das gleiche auch für die Stenotypistinnen und Stenotypistinnen gelten, die einfache Schreibarbeiten liefern, welche keinerlei besondere fachmäßige Vorbildung oder Kenntnisse erfordern. Diejenigen Stenotypisten aber, welche umfassendere Fachkenntnisse besitzen, oder eine höhere Vorbildung genossen haben und an die auch höhere Anforderungen beim Stenographieren gestellt werden, denen sie nur deswegen genügen können, weil sie diese Kenntnisse und Vorbildungen besitzen, müssen nach Ansicht des Versicherungsamtes in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht den übrigen Angestellten mit gleichen Vorkenntnissen und der gleichen Vorbildung für gleichwertig erachtet werden. Es ist ferner zu berücksichtigen, daß Stenotypistinnen in kaufmännischen Kontoren, welche besondere kaufmännische Fachkenntnisse besitzen, fremde Sprachen können und in diesen korrespondieren und stenographieren können usw., zweifellos als Handlungsgehilfinnen im Sinne der Ziff. 3 anzusehen sind, also als solche zu den Angestellten zählen. Wenn endlich die Stenographen in parlamentarischen Körperschaften sicherlich als Angestellte anzusehen sind, so hat das ebenfalls seinen Grund darin, daß sie außer der Stenographie weitgehende Vorkenntnisse und eine umfassende höhere Bildung haben müssen, um die Reden richtig wiedergeben zu können. Diese Kenntnisse und ihr Bildungsstand ist es, der sie auf eine zweifellos höhere Stufe erhebt, als es die der gewöhnlichen Arbeiter und Dienstboten ist. Demgemäß werden auch die Stenotypisten und Stenotypistinnen in Anwaltbureaus dann als Angestellte gelten müssen, wenn sie eine besondere geschäftliche Vorbildung und größere Kenntnisse besitzen, die ihre Tätigkeit als eine höhere und wertvollere erscheinen lassen, als die der gewöhnlichen Abschreiber und Abschreiberinnen.

Legt man diese Erwägung zugrunde, so muß auch nach Lage des besonderen Falles die Tätigkeit des S. als eine höhere in diesem Sinne angesehen werden. Schon die Tatsache, daß er als männlicher Anwaltschreiber mit einem verhältnismäßig hohem Gehalte mit der Aufnahme von Stenogrammen beschäftigt wird, eine Arbeit, die sonst in Anwaltsbureaus fast ausschließlich von weiblichen Schreibmaschinistinen verrichtet wird, die nur stenographieren und auf der Maschine schreiben können, weist darauf hin, daß an ihn höhere Anforderungen gestellt werden, als an die übrigen; dazu kommt, daß er auch nicht selbst die Reinschriften auf der Maschine anfertigt, sondern daß er die Reinschriften wieder diktiert, während die gewöhnlichen Schreibstenotypistinnen die Stenogramme selbst ins Reine schreiben müssen. Ferner besitzt er englische Sprachkenntnisse und ist auch in den übrigen vor-

Digitized by Google

kommenden selbständigeren Arbeiten der Anwaltschreiber erfahren, so daß er nebenher auch mit solchen Arbeiten beschäftigt wird. Wenn dies auch gegenüber seiner Haupttätigkeit nur in geringem Umfange geschehen mag, so ergibt sich doch daraus, daß man an ihn im allgemeinen und auch gerade bei seiner Haupttätigkeit als Stenograph höhere Anforderungen stellt, insbesondere eine höhere Vorbildung und bessere Erfahrungen und Kenntnisse voraussetzt und verlangt, als sie von den gewöhnlichen Stenotypistinnen in Anwaltbureaus gefordert werden. Er nimmt daher also eine wesentlich höhere Stellung ein, die im wesentlichen der der sonstigen Angestellten und der Betriebsbeamten, Werkmeister und Techniker, also der unter Ziff. 2 des § 1226 des Gesetzes fallenden Personengruppe gleichwertig ist. Demgemäß hörte auch seine Versicherungspflicht auf, seitdem er über 2000 M. Jahresarbeitsverdienst hatte.

(Die Entscheidung des Versicherungsamtes ist im Beschwerdeverfahren am 4. März 1913 von dem Oberversicherungsamt Hamburg bestätigt worden).

Die Revision ist unzulässig, wenn nur streitig ist, ob Kranken- oder Invalidenrente zu gewähren ist.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Juli 1912.

Die Klägerin behauptet, seit dem 17. Juni 1911 dauernd erwerbsunfähig zu sein und verlangt die Gewährung der Invalidenrente von diesem Tage ab. Die Beklagte hält nur vorübergehende Erwerbsunfähigkeit für gegeben und hat der Klägerin demgemäß die Krankenrente (§ 1255 Abs. 3 RVO.) vom 16. Dezember 1911 ab gewährt. Das Schiedsgericht hat die Berufung zurückgewiesen. Die Revision der Klägerin ist als unzulässig verworfen.

Da das Gutachten der unteren Verwaltungsbehörde am 13. Februar 1912 erstattet worden ist, so haben im vorliegenden Falle die Vorschriften des 6. Buches der Reichsversicherungsordnung über das Verfahren Anwendung zu finden (vgl. Art. 2 Abs. 1, 7, 85, 94 Einf.Ges. z. RVO., Revisionsentscheidung 1598 Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 674). Nach § 1696 Ziff. 1 RVO. ist aber u. a. die Revision ausgeschlossen, wenn es sich handelt um Beginn und Höhe der Rente. Dies trifft hier zu. Die Invalidenrente (§ 1255 Abs. 1 RVO. ist wesensgleich mit der Krankenrente (§ 1255 Abs. 3 a. a. O.). In ihren Voraussetzungen weichen beide nur insofern voneinander ab, als die eine das Vorliegen von vorübergehender, die andere von dauernder Erwerbsunfähigkeit verlangt. Die Rentenentziehung kann in beiden Fällen nur dann erfolgen, wenn der Rentenempfänger infolge einer wesentlichen Aenderung in seinen Verhältnissen nicht mehr Invalide ist (§ 1304 RVO.); auch die Rentenberechnung (§§ 1285 ff. RVO.) ist im wesentlichen die gleiche (vgl. auch Revisionsentscheidung 1372, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1909 S. 424.) Demnach bildet den Gegenstand des Anspruchs der Klägerin hier nur der Beginn der Rente, daneben kann allenfalls deren Berechnung, also ihre Höhe in Frage kommen. In beiden Fällen aber ist die Nachprüfung des angefochtenen Urteils dem Revisionsgericht entzogen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

(Kl.) **Die Rechnungsergebnisse der Unfallversicherung im Jahre 1911.**

Nach den soeben veröffentlichten Nachweisungen über die Rechnungsergebnisse der Berufsgenossenschaften usw. für das Jahr 1911 ist in der Organisation der Unfallversicherung keine Veränderung eingetreten. Es bestanden auf Grund des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes: 64 Berufsgenossenschaften mit 921831 Betrieben und durchschnittlich 9407647 Versicherten, 63 staatliche Ausführungsbehörden mit durchschnittlich 577235 Versicherten, auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes für Landwirtschaft: 48 Berufsgenossenschaften mit 5434100 Betrieben und durchschnittlich 17179000 Versicherten, 55 staatliche Ausführungsbehörden mit durchschnittlich 253249 Versicherten, auf Grund des Bauunfallversicherungsgesetzes: 1 Berufsgenossenschaft mit 20297 Betrieben und durchschnittlich 355936 Versicherten, 79 staatliche Ausführungsbehörden mit durchschnittlich 59529 Versicherten, 346 kommunale Ausführungsbehörden mit durchschnittlich 110077 Versicherten, 13 Versicherungsanstalten mit 84144 Vollarbeitern, auf Grund des Seeunfallversicherungsgesetzes 1 Berufsgenossenschaft mit 1695 Betrieben und durchschnittlich 83016 Versicherten, 13 staatlichen Ausführungsbehörden mit durchschnittlich 983 Versicherten, 1 Versicherungsanstalt ohne eine bestimmte Angabe über die Zahl der Versicherten. Insgesamt waren im Jahre 1911 bei den Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden zusammen 28026670 Personen gegen die Folgen von Betriebsunfällen versichert. In dieser Zahl werden aber an $3^1/_2$ Millionen Personen doppelt erscheinen, da sie gleichzeitig in gewerblichen und landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt und versichert waren.

Die 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften besaßen 322 Sektionen, die 48 land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 599 Sektionen. Alle Berufsgenossenschaften zusammen hatten 1169 Mitglieder der Genossenschaftsvorstände, 5867 Mitglieder der Sektionsvorstände, 26678 Vertrauensmänner, 4538 Verwaltungsbeamte und 397 technische Aufsichtsbeamte.

Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften betrug die Zahl aller Verletzten, für welche im Laufe des Jahres Unfallanzeigen erstattet wurden, 520229 oder 52,83 pro 1000 Versicherte. Bei den land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften gingen 136469 Unfallanzeigen (7,94 pro 1000 Versicherte) ein. Insgesamt wurden im Berichtsjahr 716584 (gegen 615768 im Vorjahr) Unfälle angemeldet.

Die Anzahl der neuen Unfälle, für die im Jahre 1911 zum ersten Male Entschädigungen gezahlt wurden, belief sich auf 132114 (gegen 132064 im Vorjahr). Hiervon hatten 9443 den Tod und 988 eine mutmaßlich dauernd völlige Erwerbsunfähigkeit der Verletzten zur Folge. An 19617 Hinterbliebene Getöteter wurde im Rechnungsjahr

Digitized by Google

zum ersten Male eine Rente gezahlt. Darunter befinden sich 6373 Witwen (Witwer), 12953 Kinder (Enkel) und 291 Verwandte der aufsteigenden Linie.

Die Unfallhäufigkeit ist natürlich bei den einzelnen Berufsgenossenschaften sehr verschieden. Auf 1000 Vollarbeiter kommen erstmals entschädigte Unfälle im Jahre 1911 bei der Knappschaftsberufsgenossenschaft 14,55; Steinbruchsberufsgenossenschaft 13,54; Müllereiberufsgenossenschaft 14,11; Fuhrwerksberufsgenossenschaft 19,32; Tiefbauberufsgenossenschaft 12,30; Binnenschiffahrtsberufsgenossenschaft 12,44; Fleischereiberufsgenossenschaft 6,93; Brauerei- und Mälzereiberufsgenossenschaft 9,17; Bekleidungsindustrieberufsgenossenschaft 2,04; Buchdruckerberufsgenossenschaft 2,79; Töpfereiberufsgenossenschaft 2,28; Ziegeleiberufsgenossenschaft 7,63; Papiermacherberufsgenossenschaft 9,18; Lederindustrieberufsgenossenschaft 5,39; Glasberufsgenossenschaft 4,04; Nahrungsmittelindustrieberufsgenossenschaft 4,20 usw.

Was die Betriebseinrichtungen und Vorgänge, bei denen sich die Unfälle ereigneten, anbetrifft, so brachten wiederum die meisten Unfälle die Motore, Transmissionen und Arbeitsmaschinen und zwar bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 14528, bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 4428; die Hebemaschinen 3298 bzw. 59; der Zusammenbruch, Einsturz, das Herab- und Umfallen von Gegenständen 11289 bzw. 3606, der Fall von Leitern, Treppen usw. 10339 bzw. 14618; das Auf- und Abladen, Heben und Tragen 8605 bzw. 4923 usw.

Von den 114 Berufsgenossenschaften werden für das Jahr 1911 nachgewiesen:

a) Entschädigungen	149 820 151	M.
b) Kosten der Fürsorge für Verletzte innerhalb der gesetzlichen Wartezeit	1 228 367	„
c) Für Tilgung und Verzinsung der schwebenden Schuld aus dem Jahre 1909	6 026 692	„
d) Kosten der Unfallunterstützung und Feststellung der Entschädigung . .	5 739 006	„
e) Kosten des Rechtsganges . . .	2 745 508	„
f) Kosten der Unfallverhütung . . .	2 380 718	„
g) Laufende Verwaltungskosten . .	16 060 523	„
h) Sonstige Ausgaben	1 609 017	„
i) Einlagen in den Reservefonds . .	21 962 747	„
Die Gesamtausgabe beträgt:	207 572 733	M.

Im Jahre 1911 betrugen die gleichen Aufwendungen 204 473 651 M. — Von den Ausführungsbehörden wurden 13 619 454,73 M., von den Versicherungsanstalten der Baugewerksberufsgenossenschaften, der Tiefbau- und der Seeberufsgenossenschaft 1 931 017,30 M. zusammen bei allen Versicherungsträgern **165 370 623,14** M. an Entschädigungen ausgegeben. Davon wurden 30 497,00 M. den Verletzten und ihren Angehörigen für die Zeit nach dem Ablaufe der gesetzlichen Wartezeit von den Berufsgenossenschaften usw. freiwillig gewährt.

Von der Bestimmung, nach welcher Verletzte mit einer Erwerbsunfähigkeit von 15% und weniger auf ihren Antrag durch Kapitalzahlungen abgefunden werden können, haben die Genossenschaften usw. in 7192 Fällen Gebrauch gemacht. Der hierfür aufgewendete Betrag stellt sich auf 2 407 286,16 M. 1765 Verletzte (gegen 1703 im Vorjahre) haben im Rechnungsjahre wegen Hilflosigkeit eine höhere Rente als 66⅔% ihres Jahresarbeitsverdienstes (die gesetzliche Vollrente) bezogen.

Die Gesamtsumme der Entschädigungsbeträge (Renten usw.) belief sich

im Jahre 1911 auf . . .	165 370 623	M.
„ „ 1908 „ . . .	157 062 870	„
„ „ 1902 „ . . .	107 443 326	„
im Jahre 1899 auf . . .	78 680 632	M.
„ „ 1896 „ . . .	57 154 397	„
„ „ 1893 „ . . .	38 163 770	„
„ „ 1890 „ . . .	20 315 319	„
„ „ 1887 „ . . .	5 932 930	„

Die Summe der tatsächlich verdienten Löhne, Gehälter und die der Versicherung zugrunde gelegten Pauschbeträge usw. betrug bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 9 932 507 985 M.; die für die Beitragsberechnung in Anrechnung gebrachten Löhne usw. 9 904 075 651 M. Für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sind, wie auch früher, wegen des abweichenden Berechnungsverfahrens Lohnbeträge, die für die Beitragsberechnung zugrunde gelegt werden, in die Nachweisung nicht aufgenommen worden.

An „Umlagebeträgen" waren von den gewerblichen Berufsgenossenschaften aufzubringen 151 748 331 M., von den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 41 047 116 M. Die Summe der Einnahmen überhaupt betrug bei ersteren 167 104 332 M., bei letzteren 41 922 011 M.

In die Reservefonds sind für das Jahr 1911 21 962 747,51 M. eingelegt worden.

Als Verwaltungskosten, einschl. der sonstigen Ausgaben, werden für die Berufsgenossenschaften insgesamt 17 669 541,09 M. nachgewiesen. Die laufenden Verwaltungskosten betragen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 11 983 285,50 M. (gegen 11 639 675,68 M. im Vorjahr), bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 4 060 424,62 M. (4 026 371,82 M).

Davon entfallen auf

	1 Versicherten M.	je 1000 M. der verdienten Löhne M.	1 Betrieb M.	1 gemeldeten Unfall M.
bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften				
1911 . .	1,22	1,21	16,11	23,03
1910 . .	1,24	1,27	16,05	24,04
bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften				
1911 . .	0,24	.	0,75	29,75
1910 . .	0,23	.	0,74	30,58

Die Höhe der laufenden Verwaltungskosten ist bei den einzelnen Berufsgenossenschaften verschieden, sie hängt ab von der Zahl der versicherungspflichtigen Personen, der Zahl, Art und Lage der Betriebe, der größeren oder geringeren Unfallgefahr usw. Zu Vergleichen über diese Aufwendungen bei den einzelnen Berufsgenossenschaften können daher die Angaben in den Rechnungsergebnissen nicht ohne weiteres dienen.

Die Reservefonds betrugen bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften am Anfang des Rechnungsjahres 288 407 693 M., am Ende desselben 309 539 573 M., bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 17 498 723 M. bzw. 18 673 808 M., dazu kommen noch Bestände an sonstigem Vermögen, die bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 160 832 681 M. und bei den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 40 777 037 M. betragen.

(Kl.) **Die Berufsgenossenschaften der Eisen- und Stahlindustrie im Jahre 1911.**

Die Geschäftsberichte der Berufsgenossenschaften für die Metallverarbeitung bieten immer interessante Einzelheiten. Da sie noch dazu den erheblichsten Teil der gegen

Digitized by Google

Unfall versicherten Personen erfassen, rechtfertigt sich eine besondere Besprechung der Berichte.

Auch das Jahr 1911 brachte, wie bereits das Jahr 1910 (vgl. Arb.-Versorgg. 1912, S. 43) ein weiteres Sinken der ausgezahlten Entschädigungen. Sowohl die Entschädigungen pro versicherte Person als auch pro 1000 M. der anrechnungsfähigen Löhne sind weiter gefallen. Es wurde ausgezahlt:

Berufsgenossenschaft	pro versicherte Person		pro 1000 M. der anrechnungsfähigen Löhne	
	1909 M.	1911 M.	1909 M.	1911 M.
Süddeutsche Eisen- und Stahl-B.-G.	14,55	13,13	12,06	10,32
Südwestdeutsche Eisen-B.-G.	20,82	19,01	17,24	15,16
Rheinisch-Westfälische Hütten- u. Walzwerks-B.-G.	27,34	27,48	18,77	17,37
Maschinenbau- u. Kleineisenindustrie-B.-G.	14,11	12,61	11,38	9,71
Sächsisch-Thüringische Eisen- u. Stahl-B.-G.	10,43	9,94	9,13	8,10
Nordöstliche Eisen- und Stahl-B.-G.	19,13	17,41	16,58	14,36
Schlesische Eisen- und Stahl-B.-G.	19,57	18,36	19,93	17,55
Nordwestliche Eisen- und Stahl-B.-G.	19,74	16,65	15,31	12,04

Bei einigen Berufsgenossenschaften, z. B. der Nordwestlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft, ist das Herabgehen sogar ein ganz rapides. Das Sinken ist nicht auf eine Verminderung der Unfälle, sondern auf die neue Praxis der Unfallversicherung, die durch die veränderte Rechtsprechung gestützt wird, zurückzuführen. Die Zahl der Unfälle hat sich sogar vermehrt. Es waren vorhanden pro 1000 Vollarbeiter:

Berufsgenossenschaft	Verletzte überhaupt		Entschädigte Verletzte	
	1909	1911	1909	1911
Süddeutsche Eisen- und Stahl-B.-G.	70,25	72,86	10,48	9,38
Südwestdeutsche Eisen- und Stahl-B.-G.	114,25	112,49	11,75	10,34
Rheinisch-Westfälische Hütten- u. Walzwerks-B.-G.	164,14	171,85	14,87	14,45
Maschinenbau- u. Kleineisenindustrie-B.-G.	69,43	74,77	9,20	8,33
Sächsisch-Thüringische Eisen- u. Stahl-B.-G.	62,80	67,66	6,45	6,13
Nordöstliche Eisen- und Stahl-B.-G.	95,97	94,60	11,06	9,36
Schlesische Eisen- und Stahl-B.-G.	97,00	101,43	16,91	15,45
Nordwestliche Eisen- und Stahl-B.-G.	89,97	96,94	10,36	9,39

Von zwei geringfügigen Ausnahmen abgesehen, ist die Zahl der Verletzten, für die Unfallanzeigen erstattet wurden, fortgesetzt gewachsen, während die verhältnismäßige Zahl der entschädigten Verletzten ebenso erheblich gefallen ist. Es kommt noch weiter dazu, was die vorstehenden Zahlen nicht ausdrücken, daß die doch noch gewährten Unterstützungen infolge der anderweiten Abschätzung der Unfallfolgen nicht die frühere Höhe mehr haben.

Die Ausgaben für die Arztgutachten, Unfalluntersuchung, Schiedsgerichte sind meist gestiegen, so z. B. von 1909 auf 1911 bei der Südwestdeutschen Eisen-Berufsgenossenschaft von 53061 M. auf 63978 M., bei der Maschinenbau- und Kleineisenindustrieberufsgenossenschaft von 153061 M. auf 191655 M., der Sächsisch-Thüringischen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft von 99822 M. auf 107532 M., der Schlesischen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft von 116542 M. auf 155000 M. usw. Ein gleiches Wachstum haben auch die allgemeinen Verwaltungskosten erfahren, z. B. bei der Rheinisch-Westfälischen Hütten- und Walzwerksberufsgenossenschaft von 217479 M. auf 275264 M., der Nordöstlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft von 213364 M. auf 250139 M. usw. Es betrugen im Jahre 1911 pro 1000 M. der anrechnungsfähigen Löhne:

Berufsgenossenschaft	Einlagen in den Reservefonds M.	Unfallverhütungs-Verfahren M.	Allgemeine Verwaltungskosten M.
Süddeutsche Eisen- und Stahl-B.-G.	0,85	0,70	0,88
Südwestdeutsche Eisen-B.-G.	1,67	0,78	1,26
Rheinisch-Westfälische Hütten- u. Walzwerks-B.-G.	2,82	0,64	0,93
Maschinenbau- u. Kleineisenindustrie-B.-G.	1,39	0,57	0,73
Sächsisch-Thüringische Eisen- u. Stahl-B.-G.	1,43	0,50	0,55
Nordöstliche Eisen- und Stahl-B.-G.	1,78	0,68	1,48
Schlesische Eisen- und Stahl-B.-G.	2,78	1,29	1,12
Nordwestliche Eisen- und Stahl-B.-G.	2,08	0,87	0,95

Trotz der Steigerung der Ausgaben für diese Dinge sind die Gesamtaufwendungen bei allen Berufsgenossenschaften zurückgegangen und zwar von 1909 auf 1911 z. B. bei der Süddeutschen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft von 15,91 M. auf 12,77 M., der Südwestdeutschen Eisenberufsgenossenschaft von 21,26 M. auf 18,87 M., der Nordwestlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft von 19,96 M. auf 15,95 M. pro 1000 M. der anrechnungsfähigen Löhne.

Die genannten acht Berufsgenossenschaften weisen für das Jahr 1911 zusammen 1689927777 M. an ausgezahlten Löhnen nach. Die Zahl der Vollarbeiter (das sind je 300 Arbeitstage) wird auf 1305200 angegeben. Man kann so einen Durchschnittsverdienst von 1295 M. pro Arbeiter herausrechnen. Ein Rückblick auf diese Gesamtzahlen früherer Jahre spiegelt die Entwicklung unserer Metallindustrie wieder. Im Jahre 1900 wurden an 991287 Vollarbeiter 978706609 M. an Löhnen ausbezahlt. Es entfiel so auf einen Arbeiter der Betrag von 987 M. Die wirtschaftliche Krise des Jahres 1902 ließ die Zahl der beschäftigten Arbeiter auf 930589 und die Gesamtsume der ausgezahlten Löhne

Digitized by Google

auf 949 984 586 M. herabgehen. Der Durchschnittslohn verminderte sich nicht; er blieb bei 1021 M. Die sodann wieder aufsteigende Konjunktur erreichte ihren Höhepunkt im Jahre 1907 mit 1 200 269 Vollarbeitern, 1 494 464 000 M. ausgezahlten Löhnen und 1245 M. Durchschnittslohn. Die Krise 1909 zeigte nur 1 171 586 Vollarbeiter, 1 474 388 222 M. Gesamtlöhne und 1224 M., also auch einen sehr zurückgegangenen Durchschnittslohn. Im einzelnen betrugen die durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste pro Vollarbeiter:

Berufsgenossenschaft	1899 M.	1905 M.	1910 M.	1911 M.
Süddeutsche Eisen- und Stahl-B.-G.	894	1064	1234	1272
Südwestdeutsche Eisen-B.-G.	972	1142	1227	1255
Rheinisch-Westfälische Hütten- u. Walzwerks-B.-G.	1201	1389	1535	1582
Maschinenbau- u. Kleineisenindustrie-B.-G. .	1036	1164	1274	1298
Sächsisch-Thüringische Eisen- u. Stahl-B.-G.	965	1075	1185	1228
Nordöstliche Eisen- und Stahl-B.-G.	964	1085	1192	1212
Schlesische Eisen- und Stahl-B.-G.	771	912	1004	1046
Nordwestliche Eisen- und Stahl-B.-G.	946	1199	1331	1382

Die Löhne zeigen also in den einzelnen Teilen des Reiches noch rechte Verschiedenheiten.

Die Ergebnisse der Berufsgenossenschaften im Jahre 1911.

Die Zahl der versicherten Personen stellte sich bei den Berufsgenossenschaften zusammen durchschnittlich auf 27 025 599. Hierzu treten für die 556 Ausführungsbehörden 1 001 071 Versicherte, so daß im Jahre 1911 bei den Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden zusammen 28 026 670 Personen gegen die Folgen von Betriebsunfällen versichert gewesen sind. In dieser Zahl erscheinen aber etwa 3,4 Mill. Personen doppelt, die gleichzeitig in gewerblichen und landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigt und versichert waren.

An Entschädigungsbeträgen (ohne die Kosten der Fürsorge für Verletzte innerhalb der gesetzlichen Wartezeit) haben die Verletzten und deren Angehörige im Jahre 1911 von den Berufsgenossenschaften 149 820 151 M. (gegen 147 991 435 M. im Vorjahre), von den Ausführungsbehörden 13 619 454 M. (gegen 13 387 252 M. im Vorjahre), von den Versicherungsanstalten der Baugewerksberufsgenossenschaften, der Tiefbau- und der Seeberufsgenossenschaft 1 931 017 M. (gegen 1 948 132 M. im Vorjahre), zusammen 165 370 623 M. (gegen 163 326 820 M. im Vorjahre) erhalten. Davon wurden 30 497 M. den Verletzten und ihren Angehörigen für die Zeit nach dem Ablaufe der gesetzlichen Wartezeit von den Berufsgenossenschaften usw. freiwillig gewährt.

Von der Bestimmung, nach welcher Verletzte mit einer Erwerbsunfähigkeit von 15 % und weniger auf ihren Antrag durch Kapitalzahlungen abgefunden werden können, haben die Genossenschaften usw. in 7192 Fällen Gebrauch gemacht. Der hierfür aufgewendete Betrag stellt sich auf 2 407 286 M. 1765 Verletzte (gegen 1703 im Vorjahre) haben im Rechnungsjahre wegen Hilflosigkeit eine höhere Rente als 66⅔ % ihres Jahresarbeitsverdienstes (die gesetzliche Vollrente) bezogen. Die Gesamtsumme der Entschädigungsbeträge (Renten usw.) belief sich im Jahre 1911 auf 165,3 Mill. M., 1910 auf 163,3 Mill. M., 1909 auf 161,3 Mill. M., 1904 auf 126,6 Mill. M., 1899 auf 78,6 Mill. M., 1894 auf 44,2 Mill. M., 1889 auf 14,4 und 1886 auf 1,91 Mill. M.

Rechnet man zu dem Betrage von 165 370 623 M. die als Kosten der Fürsorge innerhalb der gesetzlichen Wartezeit gezahlten 1 240 226 M. hinzu, so entfallen auf jeden Tag im Jahre 1911 rund 456 500 M., welche den Verletzten oder ihren Hinterbliebenen und Angehörigen zugute gekommen sind.

Die Anzahl der neuen Unfälle, für die im Jahre 1911 zum ersten Male Entschädigungen gezahlt wurden, belief sich auf 132 114. Hiervon hatten 9443 den Tod und 988 eine mutmaßlich dauernd völlige Erwerbsunfähigkeit der Verletzten zur Folge. An 19 617 Hinterbliebene Getöteter wurde im Rechnungsjahr zum ersten Male eine Rente gezahlt. Darunter befinden sich 6373 Witwen (Witwer), 12 953 Kinder (Enkel) und 291 Verwandte der aufsteigenden Linie. Die Anzahl sämtlicher zur Anmeldung gelangten Unfälle beträgt 716 584.

Als Gesamtausgabe werden von den gewerblichen Berufsgenossenschaften (nach Abzug der von den Versicherungsanstalten der Baugewerksberufsgenossenschaften und der Tiefbauberufsgenossenschaft erstatteten Pauschbeträge) 165 640 855 M. (gegen 162 154 056 M. im Vorjahre), und von den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 41 931 877 M. (gegen 42 319 595 M. im Vorjahre), zusammen 207 572 733 M. nachgewiesen. Hiervon entfallen auf Entschädigungen, einschließlich der Kosten der Fürsorge für Verletzte innerhalb der gesetzlichen Wartezeit 151 048 518 M.

Die Gesamtausgaben der 556 Ausführungsbehörden haben sich auf 14 124 421 M., die der 14 Versicherungsanstalten der Baugewerksberufsgenossenschaften, der Tiefbauberufsgenossenschaft und der Seeberufsgenossenschaft auf 2 834 216 M. belaufen. Die Bestände der bis zum Schlusse des Rechnungsjahrs angesammelten Reservefonds der Berufsgenossenschaften betrugen zusammen 328 213 382 M., zu denen noch 13 217 292 M. rückständige Einlagen kommen. Die Versicherungsanstalten haben als Reservefonds 1 523 996 M. zurückgelegt. An sonstigem Vermögen werden für die Berufsgenossenschaften 201 609 718 M., für die Versicherungsanstalten 19 009 278 M. nachgewiesen.

(Kl.) Die Rechnungsergebnisse der Invalidenversicherung im Jahre 1911.

Nach den im Reichsversicherungsamt aufgestellten Nachweisungen umfaßte im Jahre 1911 die Invalidenversicherung 31 Landesversicherungsanstalten und 10 zugelassene Kasseneinrichtungen mit insgesamt 327 Vorstandsmitgliedern, 53 Hilfsarbeitern der Vorstände, 628 Ausschußmitgliedern, 445 Kontrollbeamten, 2 Rentenstellen, 124 Schiedsgerichten, 2203 besondere Markenverkaufsstellen, 7223 mit der Einziehung der Beiträge beauftragte Stellen, 13 224 Beisitzern bei den unteren Verwaltungsbehörden, 3240 Kassen-, Bureau- und Kanzleibeamten, 1797 in Heilstätten beschäftigte Personen usw. Die besonderen Kasseneinrichtungen haben keine Kontrollbeamten (§§ 161—163 IVG.), keine Ausschüsse (§§ 76—78 des Gesetzes) und keine Rentenstellen (§§ 79—86 des Gesetzes).

Im Jahre 1911 gingen 11 902 679 Quittungskarten bei den Versicherungsanstalten ein, darunter 1 347 355 Karten Nr. 1. Diese Angaben beziehen sich nur auf die Quittungskarten der eigenen Anstalt, d. h. auf die Quittungskarten derjenigen Versicherten, die beim

Digitized by Google

Eintritt in die Versicherung im Bezirk der Anstalt beschäftigt waren, die durchlaufenden Quittungskarten fremder Anstalten sind weggelassen. Die zugelassenen Kasseneinrichtungen ziehen die Beiträge bar ein, sie haben also keine Quittungskarten. Eine Ausnahme macht die Invaliden-, Witwen- und Waisenversicherungskasse der See-Berufsgenossenschaft, bei der für bestimmte Versicherte (nichtangemusterte Seeleute) die Beiträge durch Verwendung von Quittungskarten und Marken in entsprechender Anwendung des Invalidenversicherungsgesetzes entrichtet werden. Unter den eingegangenen Karten befanden sich 42664 für Selbstversicherte, darunter 5510 mit der Nr. 1. Die Selbstversicherung hat in den letzten Jahren eine erhebliche Ausgestaltung erfahren, wenn sie auch in absoluter Hinsicht noch gering zu nennen ist.

Bei den 31 Versicherungsanstalten wurden rund 734 Millionen Stück Wochenbeiträge verwendet, die einen Erlös von 192560609 M. ergaben. Hierin sind jedoch 519634 M. aus dem Verkaufe von 1650401 Beitragsmarken neuen Werts (§ 1392 RVO.) und 9 Zusatzmarken (§ 1472 RVO.) enthalten, ebenfalls die bar entrichteten Beiträge für solche Ausländer, denen der Aufenthalt im Inland nur für eine bestimmte Dauer behördlich gestattet ist und die nach Ablauf dieser Zeit in das Ausland zurückkehren müssen (vgl. § 4 Abs. 2 IVG.). In Frage kommen nur polnische Arbeiter russischer oder österreichischer Staatsangehörigkeit. Es wurden für solche Arbeiter 748708 M. für nahezu 8,2 Millionen Wochenbeiträge entrichtet.

Seit dem Inkrafttreten der Invalidenversicherung hat sich bei den 31 Versicherungsanstalten die Beitragsentrichtung wie folgt gestaltet:

Rechnungsjahr	Zahl der Wochenbeiträge	Einnahme aus Beiträgen ℳ
1891	427 182 950	88 886 971
1892	424 418 503	88 530 623
1894	441 859 378	92 730 431
1896	479 512 097	101 526 395
1898	507 630 154	109 386 992
1900	523 154 213	117 973 597
1902	551 219 628	127 785 658
1904	596 463 642	141 912 258
1906	639 874 764	156 544 529
1908	665 932 459	167 783 048
1910	698 381 902	180 624 699
1911	733 816 431	192 560 609

In den Jahren 1892 und 1900 ist sowohl in der Zahl der Wochenbeiträge als auch in dem Erlös aus Beitragsmarken gegen das Ergebnis der Vorjahre ein Rückgang zu verzeichnen.

Bei den zugelassenen Kasseneinrichtungen erhöhte sich die Einnahme aus Beiträgen von 5085158 M. im Jahre 1891 auf 17245013 im Jahre 1911. Die gesamte Beitragseinnahme stellte sich somit im Jahre 1911 auf 209805623 M.

Die fortgesetzte Erhöhung der Beitragseinnahmen seit der Durchführung der Invalidenversicherung ist erstens auf die Zunahme der Versicherten, sodann auch auf die zunehmende Verwendung von Beitragsmarken in höheren Lohnklassen zurückzuführen. Im Jahre 1911 entfielen bei den Versicherungsanstalten auf 100 M. der Gesamteinnahme aus Beiträgen auf die Lohnklasse I = 4,36 M., Klasse II = 17,13 M., Klasse III = 23,90 M., Klasse IV = 19,95 M., Klasse V = 34,66 M. Von 1000 vereinnahmten Wochenbeiträgen (Stückzahl) entfielen auf die Lohnklasse I = 84 Stück, Klasse II = 227 Stück, Klasse III = 262 Stück, Klasse IV = 174 Stück, Klasse V = 253 Stück. Bei den 10 zugelassenen Kasseneinrichtungen ist die Versicherung in den höheren Klassen umfangreicher als bei den Versicherungsanstalten. Wie sich im allgemeinen die Versicherung in den höheren Klassen seit Bestehen der Invalidenversicherung erweitert hat, zeigt eine Aufstellung, die wir in Arb.-Versorgg. 1911 S. 166 gaben. Entsprechend der Verschiebung nach den höheren Lohnklassen ist auch die durchschnittliche Höhe des Wochenbeitrags dauernd gestiegen und zwar bei den 31 Versicherungsanstalten von 20,81 Pf. im Jahre 1891 auf 26,23 Pf. im Jahre 1911 und bei den zugelassenen Kasseneinrichtungen von 29,89 Pf. im Jahre 1900 auf 32,46 Pf. im Jahre 1911. Die Einnahmen aus Miete und Pacht für Grundbesitz haben im Jahre 1911 insgesamt 3153296 M. betragen gegen 3141101 M. im Jahre 1910.

An Entschädigungen wurden gewährt im Jahre 1911 von den 41 Trägern der Invalidenversicherung ohne den Anteil des Reiches (Reichszuschuß usw.) 125937053 M., und zwar an Renten 115690801 M., an Beitragserstattungen 10246252 M. Die hierzu noch tretende Leistung des Reiches belief sich auf 53283120 M. Wie sich diese Ausgaben seit 1891 gesteigert haben, zeigten wir in einer im vorigen Jahrgang der Arb.-Versorgg. S. 165 aufzufindenden Tabelle. Der Zahl der Fälle nach wurden 1911 festgesetzt:

Entschädigungen	Von den Versicherungsanstalten	Von den Kasseneinrichtungen	Von allen Versicherungsträgern zusammen
Invalidenrenten . . .	110 167	7983	118 150
Krankenrenten	11 406	373	11 779
Altersrenten	11 142	446	11 588
Beitragserstattungen bei			
Heiratsfällen . . .	154 771	130	154 901
Unfällen	321	125	446
Todesfällen	35 010	3287	38 297

Der durchschnittliche Jahresbetrag der Invaliden-, Kranken- und Altersrenten stellt sich bei den 31 Versicherungsanstalten auf
176,73 M., 176,62 M. und 164,44 M.,
10 Kasseneinrichtungen auf
226,50 M., 203,59 M. und 186,83 M.,
bei allen Versicherungsträgern auf
180,09 M., 177,48 M. und 165,30 M.
Er ist also bei den Kasseneinrichtungen für jede der drei Rentenarten beträchtlich höher als bei den Versicherungsanstalten, was hauptsächlich darin seinen Grund hat, daß für die bei den Kasseneinrichtungen versicherten Personen meist Wochenbeiträge der höheren Lohnklassen zu verwenden sind. Bei den angeführten drei Arten der Beitragserstattung stellte sich der durchschnittliche Betrag auf 40,94 M., 104,13 M. und 105,76 M.

Die Heilverfahren haben eine weitere Ausgestaltung erfahren. Die Aufwendungen hierfür im Jahre 1911 betrugen einschließlich der Ausgaben für Unterstützung an Angehörige der in Heilanstalten untergebrachten in Höhe von 2178461 M. insgesamt 22072317 M. Hierbei sind die Zuschüsse zu den Kosten des Heilverfahrens von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften usw. in Höhe von 6290650 M. bereits abgezogen. An diesen Zuschüssen sind die Krankenkassen am meisten und zwar mit 5818729 M., die Träger der Unfallversicherung nur mit 17285 M. beteiligt.

Die gesamten Ausgaben für die Invalidenhauspflege beliefen sich auf 1426867 M. Hiervon wurden durch Einbehaltung der Renten der Pfleglinge 429682 M. erstattet und durch Zuschüsse von anderer Seite 86355 M. ersetzt, so daß den Versicherungsträgern aus der Anwendung des § 25 IVG. eine Reinausgabe von

Digitized by Google

910 828 M. erwuchs. Im Jahre 1911 sind von 28 Versicherungsträgern, nämlich von Westpreußen, Pommern, Posen, Schlesien, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein, Hannover, Westfalen, Hessen-Nassau, Rheinprovinz, Oberbayern, Niederbayern, Pfalz, Oberpfalz, Oberfranken, Mittelfranken, Schwaben, Königreich Sachsen, Württemberg, Großherzogtum Hessen, Thüringen, Oldenburg, Braunschweig, Hansastädte, Preußisch-Hessische Eisenbahngemeinschaft, Kgl. Sächsische Staatseisenbahnen, Badische Staatseisenbahnen und der Versicherungskasse der Seeberufsgenossenschaft Aufwendungen für die Invalidenhauspflege gemacht worden.

Die außerordentlichen Leistungen auf Grund des § 45 des IVG. betrugen bei den Versicherungsanstalten 1 409 191 M. Es sind dies vom Bundesrat genehmigte, über die im § 18 Abs. 4 des Gesetzes vorgeschriebene Höhe hinausgehende Aufwendungen für Angehörige der in Heilbehandlung genommenen Versicherten. Die entsprechenden satzungsmäßigen Mehrleistungen der Kasseneinrichtungen beliefen sich auf 246 785 M.

Die Verwaltungskosten überhaupt betrugen 21 854 418 M. Das sind 104 M. von 1000 M. der Einnahmen aus Beiträgen und 126 M. von 1000 M. der gesamten Ausgaben. Von 1000 M. der Verwaltungskosten überhaupt entfielen auf die allgemeine Verwaltung 603 M., auf Einziehung der Beiträge 132 M., auf die Kontrolle 98 M. und auf sonstige Kosten 167 M.

Der Vermögenszuwachs betrug im Jahre 1911 insgesamt 97 203 334 M Das ist der höchste Ueberschuß, der je erzielt wurde. Am Schlusse des Jahres 1911 belief sich das Vermögen der Versicherungsanstalten und der für die reichsgesetzliche Versicherung bestimmte Teil des Vermögens der Kasseneinrichtungen auf 1 759 362 074,73 M., wozu noch der Buchwert der Inventarien mit 6 646 247,44 M. tritt. Von 1000 M. Vermögen waren wie im Vorjahr 17 M. im Kassenbestande vorhanden, während 932 M. in Wertpapieren und Darlehen, 51 M. in Grundstücken angelegt waren.

Der für das Gemeinvermögen bestimmte und nur buchmäßig nachzuweisende Teil des Gesamtvermögens belief sich nach der Schlußabrechnung am Anfange des Jahres 1911 auf 55 734 412,50 M. und erhöhte sich für den Schluß des Jahres auf 64 003 413,06 M.

Der durchschnittliche jährliche Zinsertrag vom Hundert des Ankaufspreises, der in Wertpapieren und Darlehen angelegten Vermögensteile betrug im Berichtsjahr 3,58.

Krankenkassenverbände.

Von Friedrich Kleeis, Halle a. S.

Auf allen Gebieten menschlicher Betätigung tritt mehr und mehr das Bestreben hervor, zu zentralisieren. Kein Wunder, wenn das auch in dem Krankenkassenwesen geschieht. Das seitherige Krankenversicherungsgesetz war der Bildung von Krankenkassenvereinigungen sehr hinderlich. Es ließ eigentlich nur zu, daß sämtliche oder mehrere Gemeindekrankenversicherungen und Ortskrankenkassen innerhalb des Bezirks einer unteren Verwaltungsbehörde sich zu einem Verbande vereinigen. Diese Bestimmung genügte natürlich dem Bedürfnis nach weitergreifendem Zusammenschluß der Kassen nicht und es bildeten sich Verbände, die weit über die gesteckten Grenzen hinausgingen. Die Behörden erklärten zunächst zwar diese Vereinigungen für unzulässig, verboten hier und da den Kassen, irgendwelche Aufwendungen für sie zu machen usw. Doch drückten sie in letzter Zeit, der Not gehorchend, ein Auge zu und hatten mehrfach sogar nichts dagegen, wenn auf Kassenkosten Delegationen zu den Kongressen der Verbände vorgenommen wurden. So kommt es, daß eine große Menge von Krankenkassenverbänden entstanden ist.

Werfen wir zunächst einen Blick auf die bestehenden Vereinigungen, so steht obenan die Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen in Berlin Nach ihren auf einer Konferenz in Breslau am 15. September 1903 beschlossenen Leitsätzen ist sie eine lose Zentrale der im Deutschen Reich bestehenden freien Vereinigungen der Krankenkassen einzelner Orte oder Provinzen. Der Zentrale können auch einzelne Kassen beitreten. Der Zweck der Zentrale ist die Förderung aller Angelegenheiten, welche die Krankenkassen, sowie ihre Vereinigungen gemeinsam berühren. Sie soll die Zentralstelle der gesamten Kassenvereinigungen sein, den Austausch der Meinungen unter ihnen herbeiführen und auf ein einheitliches Vorgehen zur gedeihlichen Weiterentwicklung der Krankenkassen, zur Erhaltung und Steigerung ihrer Leistungsfähigkeit hinwirken. Der Zweck soll erreicht werden durch Verständigung allgemein interessierender Fragen, Veranstaltung von allgemeinen Krankenkassenkongressen usw.

In zweiter Linie kommt der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen in Frage, der aus dem im Jahre 1893 gegründeten Zentralverband von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich hervorgegangen ist. Seinen jetzigen Namen erhielt er auf der Jahresversammlung des Verbandes im Jahre 1911 in Dresden, die ihm durch eine neue Satzung ein festeres Gefüge gab. Der Hauptverband umfaßt zurzeit 411 Unterverbände von Ortskrankenkassen und einzelnen derartigen Kassen mit zusammen über 6 Millionen Mitgliedern. Die bedeutungsvollsten dieser Unterverbände sind die freie Vereinigung sächsischer Ortskrankenkassen mit 160 Kassen mit 809 027 Mitgliedern, die Vereinigung von Ortskrankenkassen im Bereich der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz mit 79 Kassen mit 407 670 Mitgliedern, der Württembergische Krankenkassenverband mit 269 Kassen mit 464 161 Mitgliedern, die Freie Vereinigung der Krankenkassen im Großherzogtum Hessen mit 46 Kassen mit 100 131 Mitgliedern, der Thüringer Ortskrankenkassenverband mit 80 Kassen mit 230 000 Mitgliedern, die Freie Vereinigung mecklenburgischer Ortskrankenkassen, der 36 Kassen mit 28 464 Mitgliedern angeschlossen sind, der Verband der Ortskrankenkassen in Elsaß-Lothringen, dem 42 Kassen mit 124 418 Mitgliedern angehören, der Verband der Ortskrankenkassen im Bezirke der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein mit 38 Kassen mit 94 663 Mitgliedern, die Freie Vereinigung von Ortskrankenkassen des Herzogtums Braunschweig mit etwa 70 Kassen mit 43 000 Mitgliedern, der Verband der Ortskrankenkassen im Bezirke der Landesversicherungsanstalt Hannover usw.

Für die Betriebskrankenkassen besteht auch ein Hauptverband, dem 19 Verbände mit 2778 Kassen mit $2^1/_4$ Millionen Versicherten beigetreten sind. Der hauptsächlichste Teil desselben ist der Verband der rheinisch-westfälischen Betriebskrankenkassen, dem 812 Kassen mit etwa 830 000 Mitgliedern angehören. Die Innungskrankenkassen gründeten vor drei Jahren einen Verband; sein Sitz ist in Hannover. Er führt den Namen „Verband deutscher Innungskrankenkassen". Die Knappschaftskassen haben den „Allgemeinen deutschen Knappschaftsverband" mit dem Sitz in Berlin gegründet; die Hilfskassen haben den „Verband freier Hilfskrankenkassen" mit dem Sitz in Hamburg.

Eine große Reihe von Verbänden bestehen aus Kassen verschiedener Art, sind also gemischte Verbände. Von ihnen seien erwähnt die Freie Vereinigung badischer Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, die Freie Vereinigung pfälzischer Krankenkassen usw. Vielfach erstrecken sich diese Verbände nur auf einzelne Orte, wie

Digitized by Google

z. B. der Verband der Orts- und Betriebskrankenkassen zu Breslau, der Verband der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen Crefelds, der Verband der Betriebs- und Innungskrankenkassen in Frankfurt a. M., der Lokalverband der Glauchauer Krankenkassen, der Krankenkassen-Verband des Aufsichtsbezirks Stadt Cöln, die Freie Vereinigung der Königsberger Krankenkassen usw. Vereinzelt haben die verschiedenen Kassen der einzelnen Orte „Zentralkommissionen" zur Wahrnehmung ihrer Interessen gebildet, wie z. B. in Forst, Gotha, Hildesheim, Spremberg, Wiesbaden, Zittau usw. In Erfurt besteht eine Vereinigung der Krankenkassenvorstandsmitglieder. Der Vollständigkeit wegen sei sodann noch die letzte Gründung auf dem Gebiete der Krankenkassenvereinigung, der Ende 1911 ins Leben getretene „Gesamtverband deutscher Krankenkassen" mit dem Sitz in Essen-Cöln erwähnt. In ihm sollen nach seinem Programm „alle bürgerlichen Parteien und Richtungen auf dem Gebiete der Krankenhilfe gemeinsam wirken".

Insgesamt dürften zurzeit etwa 70 Krankenkassenvereinigungen aller Art bestehen, die rund 12 Millionen gegen Krankheit versicherte Personen umfassen. Es wird kaum eine größere Kasse geben, die nicht irgendeinem Verbande angehört. Die Verbände, die sich dem § 46 des Krankenversicherungsgesetzes angepaßt haben, sind indes in sehr geringer Zahl vorhanden.

Die neue Reichsversicherungsordnung hat die Existenz aller dieser Kassenverbände begünstigt. Befaßte sich seither nur ein einziger Paragraph im Krankenversicherungsgesetz mit den Kassenverbänden, so ist ihnen jetzt ein ganzer Abschnitt gewidmet. Mit Genehmigung des Oberversicherungsamtes können jetzt auch rechtsfähige Verbände über den Bezirk eines Versicherungsamtes hinaus gebildet werden. Der zur Beratung der Reichsversicherungsordnung eingesetzten Reichtagskommission lag ein Antrag vor, die Gründung von Kassenverbänden überhaupt unabhängig von politischen Abgrenzungen zu machen. Vor allen Dingen müßten doch wirtschaftliche Erwägungen berücksichtigt werden. Es können doch nur formale, nicht sachliche Erwägungen dahin führen, z. B. zu verhindern, daß Krankenkassen in Hamburg und Altona unter ganz gleichartigen Verhältnissen zur Lösung gemeinsamer Aufgaben sich zu einem Verbande zusammenschlössen. Der Antrag wurde aber abgelehnt, da für solche großen Verbände „kein praktisches Bedürfnis" vorhanden sei.

Bewilligung von Renten.

Vom 1. Januar 1891 bis 31. Dezember 1912 sind 2105773 Invalidenrenten bewilligt. Davon sind 30821 in dem letzten Kalendervierteljahr festgesetzt worden. Weggefallen sind bereits 1140149 Invalidenrenten, so daß am 1. Januar 1913 noch 965624 Invalidenrenten liefen. Ihre Zahl hat sich sonach gegen den 1. Oktober 1912 um 5651 erhöht.

Krankenrenten wurden vom 1. Januar 1900 bis 31. Dezember 1912 138804 bewilligt. Davon sind 3023 in dem letzten Kalendervierteljahr festgesetzt worden. Am 1. Januar 1913 liefen noch 15905 Krankenrenten. Ihre Zahl hat sich gegen den 1. Oktober 1912 um 87 erhöht.

Die Zahl der während desselben Zeitraums bewilligten Altersrenten beträgt 516693. Davon sind 3118 in dem letzten Kalendervierteljahr festgesetzt worden. Am 1. Januar 1913 liefen noch 90071 Altersrenten. Ihre Zahl hat sich gegen den 1. Oktober 1912 um 462 vermindert.

Seit dem 1. Januar 1912 ist der Invalidenversicherung die Hinterbliebenenversicherung angegliedert worden. Bis 31. Dezember 1912 sind Witwenrente und Witwerrente in 3811 Fällen, Witwenkrankenrente in 110 Fällen, Waisenrente in 13962 Fällen, Witwengeld in 4118 Fällen und Waisenaussteuer in 108 Fällen bewilligt worden.

Allgemeine Pensionsversicherung in Schweden.

Ein Gesetzentwurf, der in Nr. 2 des „Reichs-Arbeitsblatts" für 1913 mitgeteilt wird, will allen versorgungsbedürftigen Personen bei dauernder Erwerbsunfähigkeit, spätestens aber bei Erfüllung des 67. Lebensjahres eine gesetzlich gesicherte Pension oder Unterstützung gewährleisten, deren Lasten von den Versicherten durch abgestufte Beiträge, von den Gemeinden an Stelle der bisherigen Armenfürsorge und vom Staate an Stelle der bisherigen (sehr ungleich und oft drückend wirkenden) Unterstützungspflicht der Angehörigen oder Arbeitgeber getragen werden sollen. Das Gesetz soll, nach dem Entwurf, am 1. Januar 1914 in Kraft treten, jedoch denjenigen keine Rechte gewähren, die zu dieser Zeit bereits das 67. Lebensjahr erfüllt haben oder bei Vollendung des 15. Lebensjahrs schon dauernd erwerbsunfähig waren. Als dauernd erwerbsunfähig soll angesehen werden, wer infolge von Alter, körperlichen oder geistigen Gebrechen, Verkrüppelung oder anderen Erkrankungen außerstande ist, sich durch solche Arbeiten, die seinen Kräften oder Fähigkeiten entsprechen, zu versorgen.

Sprechsaal.

Straferlaß- und Strafminderungsgesuche in Versicherungssachen.

Die Frage, ob die von den Berufsgenossenschaftsvorständen auf Grund von §§ 146, 147 GUVG. rechtskräftig festgesetzten Geldstrafen im Gnadenwege oder von Aufsichtswegen herabgesetzt oder erlassen werden können, ist von dem Reichsversicherungsamt wiederholt dahin beantwortet worden, daß ein Begnadigungsrecht, sei es der Aufsichtsbehörde oder des Landesherrn, auf dem Boden der Unfallversicherungsgesetze überhaupt nicht in Frage kommen kann. Das Reichsversicherungsamt stützt seine Ansicht in seiner Aussprache vom 24. Oktober 1910, in der es auf seine im gleichen Sinne ergangene Aeußerung vom 21. November 1902 Bezug nimmt, auf die organisatorische Grundlage der Reichsgesetzgebung über Unfall- (und Invaliden-)Versicherung und begründet sie damit, daß die Durchführung dieser Versicherungszweige den Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten im Wege einer ausgedehnten Selbstverwaltung übertragen worden ist, und diese Autonomie, wie schon die Begründung zu den Stammgesetzen mehrfach hervorhebt, nicht weiter, als unbedingt erforderlich, eingeschränkt werden sollte. Das Reichsversicherungsamt führt weiter aus: Deshalb lassen sich derartige Einschränkungen nur da annehmen, wo solche in der Gesetzgebung selbst zum Ausdrucke gelangt sind. Dies trifft aber für das Begnadigungsrecht nicht zu, das sich im übrigen als ein Verzicht des Staates auf Strafvollzug nur auf solche Strafen erstrecken kann, die vom Staate als Inhaber der öffentlichen Strafgewalt durch seine Organe der Strafrechtspflege verhängt worden sind, nicht dagegen auf die nichtstaatlichen Verwaltungsstrafen, die von Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten festgesetzt werden können, und die in die Kassen der bezeichneten

Digitized by Google

Versicherungsträger fließen und sich insofern als laufende Verwaltungseinnahmen derselben darstellen.

Diese Ausführungen bestehen auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung zu Recht.

Wie ist also nun zu verfahren, wenn ein Gesuch eines von dem Vorstande der Berufsgenossenschaft mit einer Geldstrafe belegten Unternehmers um Erlaß oder Herabsetzung der Geldstrafe bei einem Oberversicherungsamte eingeht?

Das Gesuch ist ohne weiteres zur Entschließung an den Genossenschaftsvorstand abzugeben, der die Geldstrafe verhängt hat; ihm allein steht das Recht der Entschließung über Herabsetzung und Erlaß der Strafe zu und er wird, wenn ganz besondere Billigkeitsgründe dafür sprechen, nicht umhin können, die Strafe zu mindern oder aufzuheben, wie dies früher von seiten des Reichsversicherungsamts den Genossenschaftsvorständen unter Hinweis auf die Gründe mehrfach anheim gegeben worden ist.

Dabei gibt mir die Beobachtung, daß ein Genossenschaftsvorstand unter dem 4. Januar 1913 eine Geldstrafe auf Grund des § 147 GUVG. für eine allerdings vor dem 1. Januar 1913 liegende Verfehlung verhängt hatte, zu der Bemerkung Veranlassung, daß seit dem 1. Januar 1913 von den Vorständen der Berufsgenossenschaften nur noch Geldstrafen unter Bezugnahme auf die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (§ 908 ff.) auferlegt werden können, auch wenn die Verfehlung vor dem 1. Januar 1913 begangen war.

Regierungsrat Dr. Ostermayer in Bautzen.

Beantwortung von Anfragen.

Der Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber die Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Unfall eines Landwirt bei einer einem anderen Landwirt geleisteten Gefälligkeit.

1. Nach Borghorst. Frage: Ein kleiner Landwirt, der seinen eigenen Betrieb hat, hilft einem anderen Landwirt beim Fahren eines Baumes. Nach dem Abladen kommt jener, als er sich nach Hause begeben will, noch in der Nähe des Wagens, im Bereiche des Hofes, auf dem mit Gras bewachsenen Boden infolge Glatteises zu Fall und erleidet dabei eine Verletzung, die ihn erwerbsunfähig macht. Es erheben sich die Fragen: Ist der Verletzte als landwirtschaftlicher Arbeiter aufzufassen, so daß die Gemeinde die Kosten der ersten 13 Wochen übernehmen muß, oder, trotzdem er hier im Dienste eines anderen stand, als selbständiger Betriebsunternehmer? Oder muß der Arbeitgeber, der durch Haftpflichtversicherung gedeckt ist, für den Schaden aufkommen?

Antwort: Das Fahren des Baumes gehört an sich zum landwirtschaftlichen Betriebe, und da der Unfall sich gelegentlich dieser Arbeit und noch im Bereich der Arbeitsstätte ereignete, so liegt ein Betriebsunfall im Sinne des § 923 RVO. vor. Es fragt sich aber, ob der verunglückte Landwirt als versichert zu gelten hat. Als ein Arbeiter, der im Betriebe des andern beschäftigt war, kann er nicht angesehen werden, da er ein selbständiger Unternehmer ist und nur gelegentlich dem andern Hilfe leistete. Diese seine Stellung schließt es aus, ihn als Arbeiter zu betrachten. (Vgl. Handbuch der Unfallversicherung III. Auflage Bd. 1 S. 57.) Wohl aber kann unter Umständen ein Unfall im eigenen Betriebe des Verunglückten angenommen werden. Nach der Ansicht des Reichsversicherungsamts sind nämlich Verrichtungen landwirtschaftlicher Art, die ein Landwirt einem andern aus nachbarlicher Gefälligkeit in Erwartung ähnlicher, seinem eigenen landwirtschaftlichen Betriebe zugute kommender Gegenleistungen unentgeltlich leistet, dem Betriebe des helfenden Landwirts zuzurechnen. (Vgl. Handbuch der Unfallversicherung II S. 26, 27.) Trifft das zu, so würde der Verunglückte Ansprüche an die Berufsgenossenschaft stellen können, sofern er als selbständiger Unternehmer gemäß §§ 925, 927 RVO. versichert sein sollte; die Gemeinde hätte während der ersten 13 Wochen keinerlei Verpflichtungen; denn § 942 RVO. bezieht sich nur auf Arbeiter, nicht auf Unternehmer und Betriebsbeamte (früher § 27 UVG; vgl. Handbuch der Unfallversicherung II S. 102). Der Verunglückte würde seiner Ansprüche gegen die Berufsgenossenschaft nicht dadurch verlustig gehen, daß er fahrlässigerweise einen gefährlichen Weg gewählt hat. Ereignete sich der Unfall auf dem gewöhnlich benutzten Zugang zum Hofe, so würde der andere Landwirt, wenn er nicht streute, obwohl er den infolge Glatteises gefährlichen Zustand des Weges kannte, oder wenn ihm sonst ein Verschulden zur Last fällt, nach allgemeinen Vorschriften haften (§§ 823 ff. BGB.; § 151 UVG.; § 1542 RVO), da er nach vorstehenden Ausführungen hier nicht als Unternehmer des unfallversicherten Betriebes, sondern als ein „Dritter" in Betracht kommt.

Verpflichtungen der Krankenkasse, wenn der Träger der Unfallversicherung nach Ablauf der 13. Woche ein Heilverfahren im Krankenhaus eintreten läßt.

2. Nach Posen. Frage: Einer unserer Arbeiter, Mitglied der Betriebskrankenkasse, hat 1909 einen Betriebsunfall (Augenverletzung) erlitten. Ihm ist damals im ganzen für 17 Wochen 2 Tage Krankengeld gezahlt worden, wofür der Krankenkasse vom Beginn der 14. Woche nach Eintritt des Unfalls ab durch Ueberweisung der halben Unfallrente Ersatz geleistet worden ist. Seit 27. Februar 1913 befindet sich der Verletzte aus Anlaß seines Unfalls auf Veranlassung der Ausführungsbehörde in einer Augenklinik zur Behandlung und Verpflegung. Er wird voraussichtlich 5—6 Wochen dort verbleiben müssen. Da während der klinischen Behandlung bestimmungsgemäß von der Ausführungsbehörde Angehörigenrente gezahlt wird, so fragt es sich, ob der Verletzte außerdem noch Anspruch auf Krankengeld aus der Betriebskrankenkasse hat. Bejahendenfalls bitten wir um Angabe, ob und auf Grund welcher Bestimmung die Krankenkasse berechtigt ist, Ersatz für das gezahlte Krankengeld zu beanspruchen. Wir fügen hinzu, daß der Verletzte sonst gesund ist. Die Unterbringung in der Klinik erfolgte auf Anraten des Augenarztes, weil zur Erhaltung des gesunden Auges an diesem eine Operation vorzunehmen war, damit die Erwerbsunfähigkeit des Verletzten sich nicht vergrößere.

Antwort: Aus Ihren Angaben ist ersichtlich, daß es sich um einen keineswegs abgeschlossenen, sondern um einen noch fortschreitenden Krankheitsprozeß handelte, der nunmehr auch das an sich unverletzte Auge bedroht. Es liegt daher eine Krankheit auch im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes vor. Da die ersten

Digitized by Google

13 Wochen nach dem Unfall längst abgelaufen sind, kommt für die Leistungspflicht des Trägers der Unfallversicherung die Wartefrist und, im Verhältnis zur Krankenkasse, die Anwendung des § 1513 RVO. (§ 76c KVG.) nicht in Frage. Der Träger der Unfallversicherung erfüllt durch die Gewährung der Anstaltspflege nur seine eigne Pflicht. Daneben bleibt die Leistungspflicht der Krankenkasse nach § 1501 Abs. 1 unberührt. Da der Verletzte durch das von neuem notwendig gewordene Heilverfahren erwerbsunfähig geworden ist, muß die Kasse ihm nach §§ 6, 20 KVG. Krankengeld gewähren (vgl. Urt. des Sächs. VGH. in Arb.-Versorgg. 1909 S. 539; Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 220). Hierfür kann sie Ersatz beanspruchen bis zum halben Betrage der Rente, die auf die Zeit fällt, für welche die Ansprüche auf Kassenleistungen und Rente zusammentreffen, wobei der Unterhalt in der Klinik der Vollrente gleich gilt (§§ 1501, 1506 Abs. 1 und 3; der Fall des Abs. 2 „vollständiger Unterhalt", also z. B. auch einschließlich der Kleidung, liegt augenscheinlich nicht vor; (vgl. Entsch. des Preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 1905 S. 659). Den Betrag des so begrenzten Ersatzanspruchs kann die Kasse gegen den Krankengeldanspruch des Versicherten aufrechnen (§ 1510).

Das Recht auf Weiterversicherung in der niedrigsten Klasse nach § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO.

3. Nach Dresden. Frage: Nach § 313 RVO. können Mitglieder der Krankenkassen beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung sich freiwillig weiterversichern und hierbei in eine niedere Klasse oder Lohnstufe übertreten. Diese Bestimmungen werden sinngemäß auch auf die in das Beamtenverhältnis (§ 172 Ziff. 1) übertretenden und deshalb aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidenden Mitglieder angewendet werden müssen. Bei unserer Betriebskrankenkasse beträgt der niedrigste Wochenbeitrag 12 Pfg. Für diesen würden sich die Beamten, soweit ihr Diensteinkommen jährlich 4000 M. (§ 178) nicht übersteigt, die Leistungen der Kasse sichern können, die neben der Gewährung von Krankengeld in freier ärztlicher Behandlung und freien Heilmitteln für das Mitglied selbst und in Gewährung der Hälfte der Kosten für ärztliche Behandlung und freien Heilmitteln für die Familienangehörigen der Kassenmitglieder bestehen. Die Bestimmung über die Versicherungsberechtigung in § 176 Abs. 1 würde nur gegenüber solchen Beamten in Frage kommen, die beim Uebertritt ins Beamtenverhältnis von der Befugnis zur Weiterversicherung keinen Gebrauch gemacht haben und später die Mitgliedschaft wieder aufnehmen wollen. In solchen Fällen könnte nach § 215 Abs. 2 und 3 eine entsprechende Beschränkung der Kassenleistungen vorgenommen werden. Allerdings wären gleichzeitig die Beiträge zu ermäßigen, doch dürfte hierbei immerhin die Möglichkeit gegeben sein, ein einigermaßen angemessenes Verhältnis zu schaffen. Dagegen müßte die Anwendung der oben erwähnten Vorschriften des § 313 zu außergewöhnlichen Mißverhältnissen, insbesondere zu einer ganz außerordentlichen vom Gesetzgeber gewiß nicht gewollten Besserstellung der im Beamtenverhältnis stehenden freiwilligen Mitglieder gegenüber den Pflichtmitgliedern führen. Wir bitten um Aeußerung Ihrer Meinung.

Antwort: Die Rechtslage ist so, wie Sie sie hier dargelegt haben. Der Schlußsatz des Abs. 1 des § 313 ist allerdings als eine besondere Begünstigung derjenigen gedacht, die hauptsächlich das Interesse haben, sich den Anspruch auf ärztliche Behandlung und Heilmittel zu wahren und gegebenenfalls auch im Krankenhause verpflegt zu werden, und die sonach gewissermaßen den Beitrag für diese einer Abstufung nicht unterliegenden Leistungen nach Belieben selbst festsetzen können (vgl Komm.Ber. II. S. 196). Es ist sehr wahrscheinlich, daß man den Vorteil dieser Neuerung besonders solchen Personen hat zuwenden wollen, deren wirtschaftliche Lage sich mit dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung mindestens nicht verbessert, wenn nicht gar verschlechtert, also z. B. an erwerbslos Ausscheidende oder an solche, die eine bescheidene selbständige Erwerbstätigkeit ergreifen usw. Aber der Umstand, daß man an den Fall des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht infolge einer Verbesserung der wirtschaftlichen Lage (Erhöhung des Einkommens auf mehr als 4000 M.) nicht gedacht haben dürfte, reicht nicht hin, die Vorschrift in einer mit dem Wortlaut unverträglichen Weise einzuschränken.

Ist die Auflösung einer Krankenkasse vor der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1913 erfolgt, so ist auch die Vermögenszuweisung nur nach dem Krankenversicherungsgesetz, nicht nach der Reichsversicherungsordnung durchzuführen.

4. Nach Hildburghausen. Antwort: Die Entscheidung des Oberversicherungsamts beruht auf § 303 in Verbindung mit § 295 RVO. und ist deshalb nach § 303 Abs. 3 endgültig, also unanfechtbar. Das ist um so bedauerlicher, als sie durchaus verfehlt ist. Durch die Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 sind die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Auflösung usw. und „das Verfahren dabei" allerdings bereits in Kraft gesetzt. Dies Verfahren ist geregelt in den §§ 280—305; danach bilden alle Maßnahmen, welche auf die Auflösung Bezug haben, von der Stellung des Antrags an bis (einschließlich) zur Abwicklung der Geschäfte (§§ 280—284 und §§ 299—305) ein einheitliches Verfahren. Ein solches Verfahren mußte, wenn es schon vor der Kaiserl. Verordnung anhängig war, nach den bisher geltenden Vorschriften erledigt werden (Art. 85 Einf.Ges.). Dies trifft im vorliegenden Falle zu. Ueber die Auflösung hatte das Herzogl. Staatsministerium nach altem Rechte bereits am 1. April 1912 Beschluß gefaßt, und nach altem Rechte war daher — formell und materiell — auch über die Vermögenszuweisung infolge der Auflösung Beschluß zu fassen. Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung waren unanwendbar und Versicherungsamt wie Oberversicherungsamt waren zur Entscheidung unzuständig. Daß der Streit über die Vermögenszuweisung erst später, nach Inkrafttreten jener Verordnung, hervorgetreten ist (worauf das Oberverwaltungsgericht entscheidendes Gewicht legt), ist ein rechtlich ganz unerheblicher Umstand angesichts der Tatsache, daß die Auflösung nebst allen weiteren Maßnahmen nach den erwähnten Vorschriften der Reichsversicherungsordnung wie nach dem Krankenversicherungsgesetz (§ 68) sich als ein einheitliches Verfahren darstellt.

Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen die Krankenkasse (§ 57 KVG.) unter Berücksichtigung des Unfallzuschusses im Falle der Krankenhauspflege; Ersatzanspruch der Kasse wegen des Zuschusses nach § 12 GUVG. oder nach § 576 RVO.

5. Nach Ottmachau. Antwort: Zu dem Anspruch des Versicherten, der nach § 57 KVG. bis zur Höhe der geleisteten Unterstützung auf den Armenverband übergeht, gehört auch der dem Verletzten nach § 12 GUVG. (§ 573 RVO.) zu zahlende Zuschuß zum Krankengelde. Dagegen bleibt dieser Zuschuß außer Betracht bei Berechnung des Pauschsatzes für ärztliche Behandlung und Heilmittel nach § 57 Abs. 5 KVG., da hierfür nach ausdrücklicher Vorschrift des Gesetzes nur „die

Digitized by Google

Hälfte des gesetzlichen Mindestbetrages des Krankengeldes" anzusetzen ist (vgl. Entsch. des Preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 1907 S. 40, 287). Auf das Hausgeld aus § 7 Abs. 2 KVG. haben die Angehörigen keinen Anspruch, wenn nicht die Kasse selbst die Krankenhauspflege angeordnet hat. Wegen des gezahlten Unfallzuschusses hat die Kasse Anspruch auf Ersatz, und zwar, wenn der Unfall sich vor dem 1. Januar 1912 ereignet hat, gegen den Arbeitgeber (§ 12 GUVG.), andernfalls gegen die Berufsgenossenschaft (§ 576 RVO.).

a) Beginn der Wartezeit für das Krankengeld. b) Krankenversicherungspflicht einer Pianistin im Kinotheater. c) § 50 KVG. gilt nicht bei unterlassener Anmeldung von Lohnänderungen. d) Hausgewerbtreibende und unselbständige Heimarbeiter.

6. **Nach Schneidemühl.** Antwort: a) Die dreitägige Wartezeit für den Krankengeldanspruch läuft vom Tage der Erkrankung (§ 6 Abs. 1 Ziff. 2 KVG.). Da diese Frist bei Beendigung des Wochengeldbezugs bereits abgelaufen war, weil die Wöchnerin schon zwei Wochen nach der Entbindung erkrankt ist, hat sie nunmehr wegen der fortdauernden Krankheit sofort Anspruch auf das Krankengeld.

b) Das Kinotheater, bei dem ein höheres Interesse der Kunst nicht obwaltet, ist ein Gewerbebetrieb. Die in diesem Betriebe beschäftigte Pianistin ist nach § 1 KVG. versicherungspflichtig und hat nach §§ 19, 26 KVG. wegen ihrer Krankheit Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen der zuständigen Kasse, auch wenn sie nicht angemeldet war. Der Anspruch geht aber nur auf ärztliche Behandlung, Heilmittelgewährung und Krankengeld (§§ 6, 20). Die vollen Kosten der nicht von der Kasse selbst angeordneten oder genehmigten Krankenhauspflege braucht die Kasse nicht zu tragen. Ist die Versicherte aber, wie es scheint, im Wege der Armenpflege ins Krankenhaus gebracht worden, so hat die Kasse für die Aufwendungen Ersatz zu leisten bis zur Höhe des Krankengeldes und, sofern nicht höhere Aufwendungen für ärztliche Behandlung und Heilmittel nachgewiesen werden, in Höhe des halben Mindestkrankengeldes (§ 57 KVG.).

c) Die Entscheidung entspricht der herrschenden Ansicht. § 50 KVG., dem der letzte Absatz des § 10 Ihres Statuts entspricht, bezieht sich nicht auf unterlassene Anmeldung von Lohnänderungen (Hahn, Anm. 1b zu § 50 KVG.).

d) Selbständige Hausgewerbtreibende sind nur versicherungspflichtig, wenn durch Ortsstatut die Versicherungspflicht auf sie erstreckt ist (§ 2 KVG.). Handelt es sich aber um wirtschaftlich und persönlich unselbständige Personen, die mehr aus zufälligen Gründen nicht an der Betriebsstätte des Unternehmers, sondern zu Haus arbeiten — unselbständige Heimarbeiter — so sind sie, wie andere Arbeiter, gesetzlich versicherungspflichtig (§ 1 KVG.) und also vom Arbeitgeber anzumelden. Näheres bei Hahn Anm. 5 zu § 1 KVG. und Handb. der Krankenvers. S. 156 Anm. 2 zu § 162 RVO.

a) Zum Begriff der Gewerbszweige „oder" Betriebsarten. b) Zuweisung der Versicherungspflichtigen bei Schließung einer Betriebskrankenkasse.

7. **Nach G.** Antwort: a) Wenn eine Ortskrankenkasse nach ihrer Satzung nicht nur für verschiedene Handwerksbetriebe, also Gewerbszweige, sondern auch für Fabrikbetriebe gewisser Art, also für eine besondere Betriebsart besteht, so könnte sie allerdings im Sinne des preuß. Min.Erl. vom 4. November 1912 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 817 Ziff. III 2) als besondere Ortskrankenkasse nicht zugelassen werden. Wenn es aber in der Satzung nur heißt, daß die Kasse auch besteht „für die Gewerbe der Fabrikation von Maschinen, ist vielmehr auch insoweit nur an den Gegenstand der Produktion, also an den Gewerbszweig gedacht, worauf schon das vorausgeschickte Wort „Gewerbe" hinweist. Der Ausdruck „Fabrikation" ist hier sicherlich, entsprechend einem weit verbreiteten Sprachgebrauch, nur im Sinne von „Herstellung", nicht im streng technischen Sinne einer durch großen Umfang, durch umfassende Arbeitsteilung, durch Form und Mittel der Produktion gekennzeichneten Betriebsart gebraucht. Die Kasse besteht also (satzungsgemäß) nur für Gewerbszweige, ohne Unterschied der Betriebsart.

b) Das Versicherungsamt ist durchaus im Recht. Bei der Schließung von Betriebskrankenkassen sind nach § 300 RVO. die Versicherungspflichtigen den „zuständigen" Krankenkassen zuzuweisen. Zuständig ist, wenn die Schließung etwa mit Wirkung vor dem 1. Januar 1914 erfolgt, die für die betreffenden Gewerbszweige oder Betriebsarten bestehende Ortskrankenkasse (§§ 16, 19 KVG.). Erfolgt die Schließung aber mit Wirkung zum Ablauf des Jahres 1914, so ergibt sich die Zuständigkeit derselben Kasse, sofern sie als besondere Ortskrankenkasse zugelassen wird, aus § 234 RVO.

a) Kein Uebergang des Anspruchs des Versicherten auf den Arbeitgeber, der die Kosten der ärztlichen Behandlung bezahlt hat. b) Uebernahme der Krankenhauskosten bis zu einem bestimmten Betrage.

8. **Nach N.** Antwort: a) Ob die Postgehilfin nach den für sie maßgebenden Bestimmungen der Dienstanweisung Anspruch auf Gewährung der erforderlichen Heilbehandlung durch die Postverwaltung hatte, können wir nicht ermessen. Dagegen scheint uns ein solcher Anspruch für die Zeit vom Beginne der 14. Woche auf Grund der §§ 1, 9 GUVG. zu bestehen, da wir, wenigstens nach der Darstellung der Gehilfin selbst, annehmen, daß ein Betriebsunfall bei Bedienung des Telephons vorlag. In jedem Falle wurde freilich hierdurch die Leistungspflicht der Kasse an sich nicht berührt. Ihre Weigerung war daher der Versicherten gegenüber unbegründet; die Kasse konnte nur, mindestens für die Zeit vom Beginn der 14. Woche an, Ersatz aus § 25 GUVG. verlangen. Nachdem nun aber die Postverwaltung die ganze Arztrechnung bezahlt hat, können wir einen Rechtsgrund für einen Ersatzanspruch gegen die Kasse nicht erkennen. Ein gesetzlicher Uebergang des Anspruchs der Versicherten auf die Postverwaltung ist nicht begründet; ein Fall des § 57 KVG. liegt nicht vor.

b) Die Kasse war nicht verpflichtet, Krankenhauspflege zu gewähren. Einen Anspruch hatte der Versicherte immer nur auf ärztliche Behandlung, Heilmittel und Krankengeld. Wenn die Kasse sich darüber hinaus zur Bezahlung der Krankenhauskosten bis zu einem bestimmten Satze verpflichtet hatte, so kann sie darüber hinaus weder von der Krankenhausverwaltung noch von dem Arzt in Anspruch genommen werden.

Kann der Versicherte die Zustimmung zur Krankenhauspflege willkürlich widerrufen?

9. **Nach Br.** Antwort: Wenn es sich jetzt darum handelte, ob die Versicherte, als eine verheiratete Frau, ohne ihre Zustimmung ins Krankenhaus eingewiesen werden durfte, so würden wir den Ausführungen der aufsichtsrichterlichen Entscheidung durchweg beitreten; denn aus den Erhebungen ist zu ersehen, daß einer der Fälle, Maschinenteilen, Spritzen, Metall- und Blechwaren ...", so nehmen wir nach dieser Fassung nicht an, daß hiermit die Betriebsart als das entscheidende Merkmal für die Kassenzugehörigkeit bezeichnet sein soll. Offenbar

Digitized by Google

in denen es nach § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. der Zustimmung nicht bedarf, nicht vorlag, daß vielmehr der Fall auch im Wege ambulatorischer Krankenbehandlung erledigt werden konnte und eine fortgesetzte Beobachtung nicht erforderte. Es steht ja aber nicht die Einweisung ins Krankenhaus in Frage, da die Versicherte doch mit ihrer Zustimmung aufgenommen worden war; es handelt sich vielmehr darum, ob die Versicherte befugt war, diese Zustimmung willkürlich zu widerrufen und ob sie demgemäß ohne Rechtsnachteil, gegen den Rat der Aerzte und ohne Einverständnis der Kasse, das Krankenhaus verlassen durfte. Diese Frage ist zum Teil unter anderen Gesichtspunkten zu prüfen als die Frage, ob es zur Einweisung der Zustimmung bedarf. Denn wenn die Kasse mit Zustimmung des Kranken gemäß § 7 KVG. Krankenhauspflege „an Stelle" der Leistung aus § 6 KVG. gesetzt hat, so bewirkt dies, daß die Krankenhauspflege als die nunmehr von Anfang an allein geschuldete Leistung gilt (§ 263 Abs. 2 BGB.). Gewiß wird dieser privatrechtliche Satz auf dem Gebiete des Sozialrechts nicht ohne Einschränkungen zur Geltung zu bringen sein. Es würde unter Umständen eine mit den Absichten der Versicherungsgesetze nicht verträgliche Härte einschließen, wenn man ihn bei der einmal erteilten Zustimmung für die ganze Dauer der erforderlichen Heilbehandlung, ohne Rücksicht auf eine inzwischen eingetretene Aenderung der Verhältnisse, festhalten wollte. Aber anderseits würde es die ordnungsmäßige Durchführung des Heilverfahrens aufs schwerste gefährden können, wenn man den Widerruf der Zustimmung ins jederzeit freie Belieben des Kranken stellen wollte. Als das Richtige erscheint hiernach, daß der Versicherte die Zustimmung nicht willkürlich, sondern nur dann widerrufen und die Leistungen aus § 6 verlangen darf, wenn in den Verhältnissen eine wesentliche Aenderung eintritt, welche sein ferneres Verbleiben im Krankenhause als zwecklos oder einen Zwang hierzu als besonders unbillig erscheinen läßt (vgl. Hahn Anm. 2b zu § 7 KVG.). Das liegt hier nicht vor. Es ist vielmehr ersichtlich, daß die Krankenhausbehandlung auch weiterhin zwar nicht unbedingt notwendig, aber sehr zweckmäßig war und daß die Versicherte sich ihr ganz willkürlich und aus einem besonders unzulänglichen Grunde, nämlich weil sie der notwendigen Erneuerung des Verbandes widerstrebte, entzogen hat. Wir nehmen daher an, daß sie hierdurch den Anspruch auf Leistungen der Kasse aus § 6 eingebüßt hat.

Umgehung des Kassenarztes durch direkte Zuziehung eines Zahnarztes.

Nach K. Antwort: Vorweg ist es irrig, wenn Sie Plombieren und Zahnziehen für nur zahntechnische Verrichtungen ansehen. In beiden Fällen handelt es sich um zahnärztliche Behandlung (vgl. auch preuß. Gebührenordnung, Taxe III Nr. 4, 5). An dieser grundsätzlichen Auffassung wird dadurch nichts geändert, daß diese Leistungen tatsächlich oft durch Zahntechniker gewährt werden; der Techniker wird dann lediglich an Stelle eines Arztes oder, nach Anweisung eines solchen, als sein Gehilfe tätig. In allen Fällen aber, auch wenn es sich um zahnärztliche Verrichtungen handelt, hat der Versicherte sich zunächst an den Kassenarzt zu wenden. Dies kann auch ein Zahnarzt sein, wenn die Kasse einen solchen für die zahnärztliche Behandlung bestimmt hat (s. hierüber Arb.-Versorgg. 1910 S. 355 Ziff. 10). Ist dies nicht geschehen, so muß der Versicherte gleichwohl sich zunächst an einen Kassenarzt wenden, der in einfacheren Fällen die Behandlung selbst vornimmt, in schwierigeren aber die Ueberführung des Kranken an einen Zahnarzt veranlaßt (vgl. Bescheid des preuß. Handelsmin. vom 30. März 1906, HMBl. S. 159). Der Zahnarzt ist Spezialarzt, und es ist anerkannt, daß die Notwendigkeit spezialärztlicher Behandlung für sich allein noch nicht die Umgehung des Kassenarztes rechtfertigt, es sei denn, daß unverzügliches Eingreifen des Spezialarztes durch die Dringlichkeit des Falles geboten ist (vgl. z. B. Bad. VGH. in Arb.-Versorgg. 1895 S. 419). Läßt sich dem entgegen ein Versicherter ohne Not mit Umgehung des Kassenarztes und ohne Genehmigung der Kasse, der auch das Recht der Auswahl des Facharztes zusteht, unmittelbar von einem Zahnarzte behandeln, so kann die Kasse die Bezahlung der hierdurch entstehenden Kosten ablehnen (§ 26a Abs. 2 Ziff. 2b KVG.; Entscheidungen des Bad. VGH. in Arb.-Versorgg. 1907 S. 93 und besonders das. S. 507). Wenn hiernach dem Versicherten selbst kein Anspruch gegen die Kasse zusteht, so kann auch der Zahnarzt einen direkten Anspruch gegen die Kasse in einem solchen Falle nicht erheben. Denn durch die Gewährung einer Behandlung, deren Kosten die Kasse nach ausdrücklicher Bestimmung des Gesetzes nicht zu tragen braucht, ist weder ein Geschäft der Kasse besorgt, noch die Kasse auf Kosten des Arztes grundlos bereichert. Die gegenteilige Auffassung ist unhaltbar; sie würde dazu führen, auf einem Umwege die Vorschrift des § 26a Abs. 2 Ziff. 2b KVG. in einer mit der Absicht des Gesetzes und mit den Anforderungen einer geordneten Kassenverwaltung und Krankenaufsicht unverträglichen Weise auszuschalten.

Ausschluß des Anspruchs auf Hausgeld (§ 7 Abs. 2 KVG.) bei Einweisung ins Krankenhaus ist unzulässig.

11. Nach H. Antwort: Wir halten die Auffassung der Kasse für unrichtig. Sie hatte nach dem Gesetz nur das Recht der Wahl zwischen den Leistungen aus § 6 KVG. und der Gewährung von Krankenhauspflege nach § 7. Es stand ihr aber nicht zu, sich für die eine oder andere Art der Leistung mit einer Einschränkung zu entscheiden. Wohl hätte die Kasse, wenn sie sich auf Wunsch des Klägers oder aus eigener Entschließung für Krankenhauspflege entschied, den Kläger in ein bestimmtes Krankenhaus einweisen und, wenn der Kläger sich in ein anderes Krankenhaus begab, die Bezahlung der Mehrkosten ablehnen können So aber liegt die Sache nicht. Die Akten ergeben (vgl. Notiz v. 18/11. 12), daß die Kasse, dem Wunsche des Klägers, sich in ein Cölner Krankenhaus zu begeben, entsprochen hat. Dann mußte sie auch die gesetzlichen Folgen aus der hierin liegenden Einweisung tragen, insbesondere auch die Angehörigenunterstützung nach § 7 Abs. 2 zahlen. Wenn diese Verpflichtung durch die von der Kasse beigefügte Bedingung, daß ihr nicht höhere Kosten als 2,50 M. für den Tag erwachsen dürfte, ausgeschlossen werden sollte, so ist diese Bedingung gesetzwidrig und ungültig. Vgl. Hahn Abs. 2 Anm. zu § 80 KVG.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **11. April 1913.**

Redaktion:	**Nr. 11**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Das Versicherungsgesetz für Angestellte.

Von Sanitätsrat **Dr. Otto Mugdan** in Berlin[1]).

1. Kreis der Versicherten. Die Angestelltenversicherung hat in ihrem gesetzlichen Aufbau, auch in ihren Leistungen mit der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Reichsversicherungsordnung viel Aehnliches, ja Uebereinstimmendes; in wichtigen Punkten bestehen aber zwischen beiden Versicherungen tiefgehende Unterschiede, die der in der Angestelltenversicherung um sein Gutachten ersuchte Arzt kennen muß, wenn er Fehler vermeiden will.

Nach § 1226 RVO. sind bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung versichert: ohne Rücksicht auf das Jahresarbeitsverdienst, alle Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge und Dienstboten, die Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge, sowie die Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in einer ähnlich gehobenen Stellung sind dagegen nur dann versicherungspflichtig, wenn die dienstliche Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet und ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2000 M. nicht übersteigt. Dasselbe gilt von Handlungsgehilfen und Handlungslehrlingen, Gehilfen und Lehrlingen in Apotheken, Bühnen- und Orchestermitgliedern ohne Rücksicht auf den Kunstwert ihrer Leistungen, sowie von Lehrern und Erziehern.

Das Versicherungsgesetz für Angestellte schafft einmal für den großen Teil der (höheren) Angestellten, die mehr als 2000 M. im Jahre verdienen und bisher der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht unterstellt sind, eine Zwangsversicherung und unterwirft auch die nach der Reichsversicherungsordnung schon invaliden-versicherungspflichtigen Angestellten (ungefähr $1^1/_2$ Millionen) mit einem 2000 M. nicht übersteigenden Jahresarbeitsverdienst, einer zweiten weitergehenden reichsgesetzlichen Fürsorge, die durch den Bildungsgang, die Lebensverhältnisse und die soziale Stellung der Mehrheit dieser Personen bedingt ist.

Es sind nach dem § 1 AVG.[2]) vom vollendeten 16. Lebensjahre an **versicherungspflichtig**:

1. Angestellte in leitender Stellung, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet;
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in einer ähnlich gehobenen

[1]) Mit freundlicher Ermächtigung des Herrn Verfassers teilen wir (mit geringen Kürzungen) den Inhalt dieses Vortrags mit, den der Verfasser am 18. September 1912 in Münster i. W. bei der Jahresversammlung der Gesellschaft für gerichtliche Medizin gehalten hat. Die besonders klare Darstellung des Gesetzes in allen wesentlichen Beziehungen wird hoffentlich auch bei vielen unserer Leser das Verständnis der schwierigen Rechtsmaterie und zugleich eine einsichtige und gerechte Würdigung der Aufgaben der Ärzte auf diesem Gebiete fördern.
(Red. der Arbeiter-Versorgung).

[2]) Die Paragraphen beziehen sich immer auf das „Versicherungsgesetz für Angestellte" — abgekürzt: AVG.

Digitized by Google

oder höheren Stellung, ohne Rücksicht auf ihre Vorbildung, Bureauangestellte, soweit sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden, sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet;

3. Handlungsgehilfen und Gehilfen in Apotheken;
4. Bühnen- und Orchestermitglieder ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen;
5. Lehrer und Erzieher;
6. aus der Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge und aus der Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt Kapitäne, Offiziere des Decks- und Maschinendienstes, Verwalter und Verwaltungsassistenten sowie die in einer ähnlich gehobenen Stellung befindlichen Angestellten ohne Rücksicht auf ihre Vorbildung, sämtlich, wenn diese Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet.

Voraussetzung der Versicherung ist für alle diese Personen, daß sie nicht berufsunfähig sind, daß sie gegen Entgelt als Angestellte beschäftigt werden, daß ihr Jahresarbeitsverdienst 5000 M. nicht übersteigt, und daß sie beim Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung das Alter von 60 Jahren noch nicht vollendet haben.

Der Bundesrat kann allgemein die Versicherungspflicht auf solche Personen erstrecken, welche eine ähnliche Tätigkeit, wie die im § 1 genannten auf eigene Rechnung ausüben, ohne in ihren Betrieben Angestellte zu beschäftigen. Nach der Begründung zu dem Gesetzentwurfe könnten hier die selbständigen Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen in Betracht kommen; aber dies kann doch eigentlich nur dann geschehen, wenn die an selbständigen, an Heilanstalten tätigen Krankenpflegepersonen der Versicherungspflicht unterworfen werden, was von der Entscheidung des später zu erwähnenden Oberschiedsgerichts abhängt. Im Interesse der Krankenpflege ist es dringend zu wünschen, daß das Oberschiedsgericht für die Versicherungspflicht dieser Personen sich erklärt.

Lehrlinge sind nicht zu versichern, und ebenso ist eine Beschäftigung, die nur gegen freien Unterhalt erfolgt, versicherungsfrei.

Im Versicherungsgesetz für Angestellte wird nicht, wie aus dem wiedergegebenen § 1 hervorgeht, festgestellt, wer als Angestellter zu betrachten ist. Nach unten hin sind nur alle der handarbeitenden Bevölkerungsklasse angehörenden Personen (Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten), nach oben hin — mit der schon erwähnten Ausnahme — die Selbständigen von der Versicherung ausgeschlossen; dagegen sind auch Personen in einer über das Maß der Betriebsbeamten und Werkmeister hinaus höher gehobenen Stellung, leitende Beamte und sonstige Betriebs- und Geschäftsleiter, besonders auch solche mit Hochschulbildung, wie die Diplomingenieure, in die Versicherung einbezogen.

Versicherungsfrei sind Angestellte des Reiches, eines Bundesstaats, einer Gemeinde oder eines reichsgesetzlichen Versicherungsträgers (Krankenkasse u. dgl.), Geistliche anerkannter Religionsgesellschaften, Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten, alle nur, sofern sie Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente im Mindestbetrage nach den Sätzen einer vom Bundesrat festzusetzenden Gehaltsklasse haben; versicherungsfrei sind auch Eisenbahn-, Post- und Telegraphenangestellte, die Aussicht auf Uebernahme in das Beamtenverhältnis und Anwartschaft auf eine ausreichende Invaliden- und Hinterbliebenenfürsorge haben, Personen, die während der wissenschaftlichen Ausbildung für ihren zukünftigen Beruf gegen Entgelt unterrichten und endlich Aerzte, Zahnärzte und Tierärzte in ihrer beruflichen Tätigkeit. Es unterliegen somit alle an Krankenhäusern angestellten Aerzte, Schiffsärzte, Kassenärzte oder Aerzte, die von Versicherungsanstalten angestellt sind, nicht der Versicherungspflicht; wenn aber z. B. ein Arzt vor Vollendung seines 60. Lebensjahres seine ärztliche Tätigkeit aufgibt und Geschäftsführer einer Berufsgenossenschaft mit einem 5000 M. nicht übersteigenden Jahresgehalt wird, so muß er versichert werden.

Ein freiwilliger Beitritt zur Versicherung ist nur im ersten Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, also nur während des Jahres 1913, gestattet. In diesem Jahre können Angestellte mit einem Jahresarbeitsverdienst von 5000 bis 10000 M.

Digitized by Google

sich freiwillig versichern, wenn sie den Nachweis führen, daß sie in der Zeit vom 1. Januar 1909 bis 31. Dezember 1912 mindestens 30 Monate eine Beschäftigung ausgeübt haben, die, abgesehen von der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes, sie versicherungspflichtig gemacht hätte. Unter derselben Bedingung können im Jahre 1913 auch Arbeitgeber, die in ihrem Betriebe höchstens drei versicherungspflichtige Personen beschäftigen, der Versicherung beitreten.

Die freiwillige Fortsetzung der Versicherung steht jedem frei, der aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet und mindestens sechs Monate versichert gewesen ist[1]). Ist er 120 Monate versichert gewesen, so braucht er nur jährlich eine Anerkennungsgebühr von 3 M. zu zahlen, um sich die bis dahin erworbene Anwartschaft auf die Leistungen der Versicherung zu erhalten.

2. **Organisation.** Die Angestelltenversicherung erfolgt bei der Reichsversicherungsanstalt, die ihren Sitz in Berlin hat und eine rechtsfähige, öffentliche Behörde ist. Es gibt also für die Angestelltenversicherung in Deutschland nur einen einzigen Versicherungsträger. Die Organe der Reichsversicherungsanstalt sind das Direktorium, das unter der Aufsicht des Reichskanzlers steht, der Verwaltungsrat, die Rentenausschüsse und die Vertrauensmänner.

Die Vertrauensmänner werden auf sechs Jahre zur Hälfte aus den Versicherten, die nicht Arbeitgeber sind, und aus den Arbeitgebern der versicherten Angestellten gewählt, und zwar die Vertrauensmänner aus den Arbeitgebern von den Arbeitgebern der versicherten Angestellten, die übrigen von den versicherten Angestellten. Es wird schriftlich nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt, damit neben den Mehrheitsgruppen auch die Minderheitsgruppen entsprechend ihrer Zahl vertreten sind. Die Vertrauensmänner wählen die Beisitzer für die Rentenausschüsse und die Mitglieder des Verwaltungsrates, auch die Beisitzer der rechtsprechenden Behörden in höherer Instanz, die der Schiedsgerichte und des Oberschiedsgerichts.

Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt vertritt diese gerichtlich und außergerichtlich und besteht aus einem Präsidenten und der erforderlichen Anzahl von beamteten und vier nichtbeamteten Mitgliedern; letztere sind je zwei Vertreter der versicherten Angestellten und ihrer Arbeitgeber und werden von den Angestelltenvertretern und den Arbeitgebervertretern des Verwaltungsrates auf sechs Jahre gewählt. Für jedes nichtbeamtete Mitglied des Direktoriums werden mindestens zwei Ersatzmänner gewählt. Der Präsident und die beamteten Mitglieder des Direktoriums werden auf Vorschlag des Bundesrats vom Kaiser ernannt, ebenso die anderen höheren etatsmäßigen Beamten der Reichsversicherungsanstalt, unter denen sich auch Nichtjuristen befinden können, wie z. B. Aerzte, Bausachverständige oder Kaufleute. Die übrigen Beamten werden vom Direktorium ernannt.

Der Verwaltungsrat besteht aus dem Präsidenten des Direktoriums oder seinem Stellvertreter als Vorsitzenden und mindestens je zwölf Vertretern der versicherten Angestellten und ihrer Arbeitgeber. Die Vertreter der Arbeitgeber werden von den Arbeitgebervertretern unter den Vertrauensmännern, die übrigen von den Angestelltenvertretern unter den Vertrauensmännern nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf sechs Jahre gewählt. Der Verwaltungsrat hat das Direktorium bei Vorbereitung wichtiger Beschlüsse gutachtlich zu beraten und hat den Voranschlag, sowie die Abnahme des Rechnungsabschlusses und der Bilanzen festzusetzen.

Die Rentenausschüsse — die vielfach den Versicherungsämtern entsprechen — werden nach Bedarf von der Reichsversicherungsanstalt mit Genehmigung des Bundesrats errichtet. Jeder Rentenausschuß besteht aus einem ständigen Vorsitzenden (Obmann) und mindestens einem Stellvertreter, die vom Reichskanzler ernannt werden, und aus Beisitzern, die je zur Hälfte aus den versicherten Angestellten und aus ihren Arbeitgebern entnommen sind; die Beisitzer aus den Arbeitgebern werden von den Arbeitgebervertretern unter den Vertrauensmännern, die übrigen von den Angestelltenvertretern unter den Vertrauensmännern schriftlich nach den Grundsätzen der Verhältniswahl auf sechs Jahre gewählt. Der Rentenausschuß hat die Versicherungsleistungen festzustellen, anzuweisen und zu entziehen, er ist die Auskunftsstelle für alle Angelegenheiten

[1]) Ueber die Gehaltsklasse s. weiter unten.

Digitized by Google

der Angestelltenversicherung. Den Vertrauensmännern können vom Rentenausschuß bestimmte Obliegenheiten übertragen werden; sie sollen auch ohne Auftrag alle ihnen bekannt gewordenen Tatsachen mitteilen, die nach ihrer Ansicht für den Rentenausschuß oder die Reichsversicherungsanstalt wichtig sind.

Weibliche Personen können als Angestellte wie als Arbeitgeber wählen. Gewählt werden können sie als Vertrauensmänner, als Mitglieder der Rentenausschüsse und des Verwaltungsrats; sie dürfen aber bei richterlichen Entscheidungen des Rentenausschusses nicht mitwirken.

3. Beiträge; Gehaltsklassen. Zur Deckung der Versicherungsleistungen und der Verwaltungskosten haben die Versicherten und ihre Arbeitgeber Beiträge für jeden Monat, in dem eine versicherungspflichtige Beschäftigung stattgefunden hat, zu gleichen Teilen aufzubringen. Den Beitrag hat der Arbeitgeber an die Reichsversicherungsanstalt zu entrichten, die für diesen Zweck Beitragsstellen einrichtet; der Versicherte muß sich bei der Gehaltszahlung die Hälfte des Beitrags abziehen lassen. Ueber die eingezahlten Beiträge wird durch Marken quittiert. Der Arbeitgeber hat die empfangenen Marken sofort in die Versicherungskarte einzukleben und zu entwerten[1]); die Marken müssen die Bezeichnung des Geldwertes und der Gehaltsklasse enthalten.

Es werden nämlich für die Versicherten neun Gehaltsklassen (A bis J) mit verschieden hohen Monatsbeiträgen nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes gebildet. Die erste Gehaltsklasse, Klasse A, geht bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 550 M. und bei ihr beträgt der Monatsbeitrag 1,60 M.; die fünfte Gehaltsklasse E, mit einem Monatsbeitrage von 9,60 M. geht bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 2000 M., und die neunte Gehaltsklasse J, umfaßt das Jahresarbeitsverdienst von 4000 bis 5000 M. und erfordert einen Monatsbeitrag von 26 M. Die in den ersten fünf Gehaltsklassen Versicherten sind also auch invalidenversicherungspflichtig. Deshalb sind die Beiträge der ersten fünf Gehaltsklassen so bemessen, daß sie zusammen mit den Beiträgen zur Invalidenversicherung keinen höheren Prozentsatz des bezogenen Jahresarbeitsverdienstes betragen, als die Beiträge der vier höchsten Gehaltsklassen der Angestelltenversicherung allein.

Eine freiwillige Weiterversicherung ist höchstens in derjenigen Gehaltsklasse zulässig, die dem Durchschnitt der letzten sechs Pflichtbeiträge entspricht oder am nächsten kommt.

Die Versicherungskarte muß der Versicherte von der Ortspolizeibehörde seines Wohnortes sich ausstellen lassen; er muß die Ausstellung mittels einer Aufnahmekarte, die über Alter, Familienstand, Gehaltsverhältnisse, Alter der Ehefrau oder des Ehemannes, der Kinder usw. Aufklärung gibt, beantragen. Die Ausgabestelle sendet die im Laufe eines Monats eingegangenen Aufnahmekarten am Schlusse des Monats an die Reichsversicherungsanstalt. Der Versicherte kann jederzeit eine neue Versicherungskarte verlangen, wenn er eine neue Aufnahmekarte vorlegt. Binnen fünf Jahren nach dem Tage der Ausstellung soll die Versicherungskarte durch eine neue ersetzt werden. Auf Grund der durch die Karten gegebenen Nachweise führt die Reichsversicherungsanstalt Versicherungskonten für jeden Versicherten.

Nun kommt es vor, daß ein Versicherter, z. B. ein Musiklehrer, von mehreren Arbeitgebern während eines Monats beschäftigt wird, oder daß ein Versicherter im Laufe des Monats seine Stellung wechselt. Dann haben also mehrere Arbeitgeber für einen Versicherten Beiträge zu leisten, und in diesem Falle hat jeder dieser Arbeitgeber 8% des gezahlten Entgelts als Beitrag zu zahlen, wovon er 4% dem Versicherten abziehen kann; der hiernach für den Monat sich ergebende Beitrag wird auf 10 Pf. aufgerundet. Für diese Versicherung sind besondere Versicherungsmarken eingeführt. Wenn solche Marken in eine Versicherungskarte eingeklebt worden sind, so hat der Versicherte, für den die Versicherungskarte

[1]) Neben diesem Zahlungs- und Quittungsverfahren ist auch die Einzahlung der Beiträge auf das Konto der Reichsversicherungsanstalt bei dem Postscheckamt in Berlin zugelassen, wobei dem Arbeitgeber der ihm verbleibende Abschnitt der Zahlkarte oder die ihm erteilte Nachricht über die Belastung seines Kontos als Quittung dient, und dem Angestellten die Zahlung seines Beitragsteiles an den Arbeitgeber von diesem in der Versicherungskarte sofort nach der Einzahlung bescheinigt werden muß. (Bekanntmachung des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt vom 24. Mai 1912.)

Digitized by Google

ausgestellt ist, diese spätestens zwei Monate nach Ablauf des Kalenderjahres der Reichsversicherungsanstalt zur Ergänzung des Kontos einzusenden; er kann hierzu, um Kosten zu sparen, die Beitrags- und Markenverkaufsstelle in Anspruch nehmen[1]).

Da die Höhe der eingezahlten Beiträge die Höhe der Versicherungsleistungen bestimmt, so muß der Versicherte darauf achten, daß sein Arbeitgeber die gesetzlichen Beiträge für ihn verwendet, sonst kann er unverbesserlichen Schaden erleiden, da die Beiträge zurückzuweisen sind, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren seit der Fälligkeit entrichtet werden; nur wenn die Beitragsleistung ohne Verschulden der Beteiligten unterblieben ist, erhöht sich diese Frist auf vier Jahre.

Bei freiwilliger Versicherung und freiwilliger Fortsetzung der Versicherung (§§ 15, 394) sind die Beiträge von dem Versicherten allein zu tragen; sie sind, ebenso wie die Anerkennungsgebühr, der Reichsversicherungsanstalt spätestens vor Ablauf des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, durch die Post portofrei einzusenden.

Innerhalb der ersten zehn Kalenderjahre nach dem Kalenderjahr, in dem der erste Beitragsmonat zurückgelegt ist, müssen in jedem Jahre mindestens acht, später vier Monatsbeiträge oder die Anerkennungsgebühr geleistet sein, sonst erlischt die Anwartschaft, d. h. es besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistungen mehr. Die Anwartschaft lebt aber wieder auf, d. h. die bisher entrichteten Beiträge behalten ihre Gültigkeit, wenn der Versicherte innerhalb des Kalenderjahres, das dem Kalenderjahre folgt, in dem die Anwartschaft erloschen ist, die rückständigen Beiträge nachzahlt. Auch eine Stundung der rückständigen Beiträge ist zulässig.

In der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung werden, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen, als Beitragswochen die vollen Wochen angerechnet, während deren der Versicherte zum Militärdienst eingezogen oder wegen Krankheit arbeitsunfähig war. In der Angestelltenversicherung werden diese Zeiten nicht auf die Wartezeiten angerechnet, wohl aber für die Berechnung der zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung erforderlichen Beitragszeit; dasselbe gilt von den Kalendermonaten, in denen der Versicherte zur beruflichen Fortbildung eine staatlich anerkannte Lehranstalt besucht.

4. Die Leistungen der Angestelltenversicherung bestehen in Gewährung eines Ruhegeldes an die Versicherten und in Gewährung von Hinterbliebenenrenten, bei weiblichen Versicherten unter gewissen Bedingungen in Erstattung der Hälfte der gezahlten Beiträge oder in Gewährung einer Leibrente. Statt barer Zahlung von Ruhegeld und Rente können Unterkunft in einem Invaliden- oder Waisenhaus, oder bei Trunksüchtigen Sachleistungen gewährt werden. Außerdem kann bei den Versicherten zur Abwendung einer durch Erkrankung drohenden Erwerbsunfähigkeit von der Reichsversicherungsanstalt ein Heilverfahren eingeleitet werden.

Der Versicherte hat nach Vollendung einer Wartezeit Anspruch auf Ruhegeld, wenn er entweder 65 Jahre alt oder durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen oder geistigen Kräfte zur Ausübung seines Berufes dauernd erwerbsunfähig ist. Bei den männlichen Versicherten dauert die Wartezeit 120, bei den weiblichen Versicherten 60 Beitragsmonate; sind weniger als 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen, so erhöht sich die Wartezeit um 30 Beitragsmonate.

Ebenso wie zum Nachweise der Invalidität in der Reichsversicherungsordnung, so wird auch ein ärztliches Gutachten für den Nachweis der Berufsunfähigkeit erforderlich sein. Nach § 25 ist bei einem Versicherten Berufsunfähigkeit dann anzunehmen, wenn seine Arbeitsfähigkeit auf weniger als die Hälfte derjenigen eines körperlich und geistig gesunden Versicherten von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten herabgesunken ist. Es wäre falsch, wie es beim oberflächlichen Lesen erscheint, anzunehmen, daß der Begriff der Berufsunfähigkeit sich nur dadurch von dem Begriff der Invalidität unterscheidet, daß bei der letzteren die Erwerbsfähigkeit nicht ein Drittel, bei der

[1]) Nach der erwähnten Bekanntmachung des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt kommt dieses Verfahren in Wegfall. Es muß bei Angestellten, die von mehreren Arbeitgebern beschäftigt werden, die Einzahlung der Beiträge durch Postscheck erfolgen. Der jährlichen Einsendung der Versicherungskarte bedarf es dann nicht.

Digitized by Google

ersteren dagegen nicht die Hälfte der vollen Erwerbsfähigkeit betragen darf.

In der Invalidenversicherung muß festgestellt werden, ob der Rentenbewerber imstande ist, durch irgendeine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel des Ortslohnes (ortsüblichen Tagelohns) zu erwerben; in der Angestelltenversicherung muß geprüft werden, ob der Ruhegeldbewerber fähig ist, die Hälfte desjenigen zu verdienen, was ein körperlich und geistig gesunder, auf Grund des § 1 AVG. Versicherter von ähnlicher Ausbildung und gleichwertigen Kenntnissen und Fähigkeiten zu verdienen pflegt. Einem Buchhalter, der Invalidenrente verlangt, kann die Invalidenrente verweigert werden, weil er für fähig gehalten wird, jenes Drittel durch Abschreiben zu verdienen; einem Buchhalter, welcher auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte Ruhegeld beansprucht, kann man nicht auf den Erwerb durch gewöhnliche und mechanische Schreibarbeiten verweisen.

Hier eröffnet sich dem Arzt als Gutachter eine neue Tätigkeit, die, wie es nach einer Kundgebung des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt vom 5. Juli 1912 beabsichtigt zu sein scheint, den praktischen Aerzten nicht zugunsten der beamteten Aerzte verschlossen werden darf. Wird die ärztliche Gutachterfähigkeit den Aerzten entzogen, die gewöhnlich den Versicherten behandelt haben, so muß bei den Versicherten der Wert des Gesetzes, zu dessen Durchführung sie doch sehr erhebliche Opfer bringen, und auch das ärztliche Ansehen bedeutend sinken. Für das ärztliche Gutachten zum Nachweis der Berufsunfähigkeit gilt genau dasselbe, wie für das ärztliche Gutachten zum Nachweis der Invalidität. Abgesehen davon, daß in den Kreisen der Versicherten das ärztliche Ansehen sehr geschädigt würde, wenn der vom Versicherten selbst gewählte Arzt, der ihn und seine Familie in den Tagen der Krankheit behandelt, bei dem Rentenverfahren gar nicht zu Worte käme, liegt seine Anhörung im Interesse der schnellen und gründlichen Erledigung der Anträge: Der behandelnde Arzt hat doch in der Regel eine genaue Kenntnis der häuslichen Verhältnisse, der Lebensweise, der früheren und letzten Tätigkeit, der Neigungen und Gewohnheiten seines Patienten und der von diesem bereits überstandenen Krankheiten, sowie besonders der zuletzt beobachteten krankhaften Erscheinungen und meistens auch der in der Familie desselben erblichen Leiden. Er vermag daher an erster Stelle ein Gutachten über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seines Patienten zu erstatten, dem eine große Beweiskraft zugesprochen werden muß. Anderseits macht er viele seiner Wahrnehmungen allerdings nur auf die stellenweise einseitig gefärbten Angaben des Versicherten hin. Daher werden oft Beobachtungen in Kliniken oder größeren Krankenhäusern (Vorstationen), Nachuntersuchungen durch andere, vom Versicherten völlig unabhängige Gutachter, wie Kreisärzte, Spezialärzte, besondere Vertrauensärzte, ärztliche Berater nicht zu umgehen sein. Das bedeutet nicht ein Mißtrauensvotum gegen die Befähigung der behandelnden Aerzte, sondern nur eine Ergänzung des erstärztlichen Urteils.

Für die erste Zeit werden ärztliche Gutachten zum Nachweis der Berufsunfähigkeit wegen der zur Erlangung des Ruhegeldes notwendigen Wartezeit nicht allzu häufig sein; sie sind überhaupt nur möglich, weil nach § 395 in den ersten drei Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes, also bis zum 31. Dezember 1915, die Reichsversicherungsanstalt einzelnen Angestellten, also nicht den freiwillig beigetretenen Arbeitgebern, nach vorhergehender ärztlicher Untersuchung es gestatten kann, die Wartezeit zum Bezuge der Versicherungsleistungen durch Einzahlung der entsprechenden Prämienreserve abzukürzen. Ob die Reichsversicherungsanstalt von dieser Befugnis oft Gebrauch machen wird, ist fraglich, und ebenso fraglich ist, ob viele Angestellte den Versuch machen werden, durch Einzahlung eines immerhin sehr beträchtlichen Kapitals, das zum mindesten das Zehnfache, bei weiblichen Versicherten das Fünffache, eines Jahresbeitrages mit Zinsen sein müßte, die Wartezeit abzukürzen. Die vorherige ärztliche Untersuchung ist hier unumgänglich notwendig, weil festgestellt werden muß, ob nicht der Gesundheitszustand der Versicherten den baldigen Eintritt der Berufsunfähigkeit oder des Todes befürchten läßt. Daß auch diese Untersuchung nach dem erwähnten Erlaß des Direktoriums

Digitized by Google

der Reichsversicherungsanstalt gewöhnlich nur von beamteten Aerzten vorgenommen werden soll, zeugt von einem unbegreiflichen Mißtrauen gegen die frei praktizierenden Aerzte und ist dabei auch höchst unzweckmäßig. Natürlich kann nur bei ganz gesunden Versicherten die Verkürzung der Wartezeit gestattet werden; der beamtete Arzt wird, wenn er vorsichtig ist, gerade dann, wenn er bei dem Untersuchten nichts objektiv Krankhaftes gefunden hat, bei dem Hausarzt des Untersuchten Erkundigung einziehen müssen, ob etwa früher Krankheiten bestanden haben, wie die Lebensweise des Untersuchten ist und dergleichen mehr. Das alles kann der Hausarzt nur mit vorheriger Erlaubnis des Untersuchten beantworten, es werden daher oft zwei ärztliche Gutachten notwendig sein, wo das Gutachten eines gewissenhaften, erfahrenen Hausarztes völlige Klarheit verschaffen würde.

Der Krankenrente der Invalidenversicherung entspricht das Krankenruhegeld der Angestelltenversicherung; dasselbe erhält, wer mehr als 26 Wochen ununterbrochen berufsunfähig war, für die weitere Dauer der vorübergehenden Berufsunfähigkeit.

Auch für die Hinterbliebenenrenten ist eine Wartezeit von 120, und wenn weniger als 60 Pflichtbeiträge verwendet sind, von 150 Beitragsmonaten erforderlich. In den ersten zehn Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes genügt zur Erfüllung der Wartezeit bei den Hinterbliebenenrenten, um die mißliche Lage der Witwen und Waisen während der ersten zehn Jahre der Wirksamkeit des Gesetzes abzuschwächen, das Zurücklegen von 60 Beitragsmonaten auf Grund der Versicherungspflicht.

Witwenrente erhält die Witwe nach dem Tode oder bei Verschollenheit ihres versicherten Ehemannes, auch wenn sie erwerbsfähig ist; Witwerrente erhält der erwerbsunfähige Ehemann nach dem Tode seiner versicherten Ehefrau, wenn dieselbe den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hat, solange er bedürftig ist. Waisenrenten erhalten nach dem Tode des versicherten Vaters seine ehelichen Kinder unter 18 Jahren und nach dem Tode einer Versicherten ihre vaterlosen, auch unehelichen Kinder unter 18 Jahren, während nach der Reichsversicherungsordnung nur Kinder unter 15 Jahren Anspruch auf die Waisenrente haben. Ebenso erhalten die ehelichen Kinder einer Versicherten bis zum 18. Jahre Waisenrente, falls der die Mutter überlebende Vater erwerbsunfähig ist, und die verstorbene Mutter den Lebensunterhalt ihrer Familie ganz oder überwiegend aus ihrem Arbeitsverdienste bestritten hat, oder falls der Vater ohne gesetzlichen Grund von der häuslichen Gemeinschaft sich ferngehalten und seiner väterlichen Unterhaltungsfrist sich entzogen hat.

Bei Todesfällen weiblicher Angestellter findet unter Umständen eine Erstattung der Hälfte der Beiträge oder eine Umwandlung dieser Abfindung in eine Rente statt. Ebenso steht einer weiblichen Versicherten, die wegen Heirat aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung scheidet und die Wartezeit für das Ruhegeld zurückgelegt hat, ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu. Zweckmäßig machen solche weibliche Versicherte von dieser Befugnis keinen Gebrauch, sondern setzen entweder die Versicherung freiwillig fort oder lassen sich, was auch zulässig ist, an Stelle der Beitragserstattung eine Leibrente gewähren. Eine Leibrente kann überhaupt weiblichen Versicherten, die aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, auf Antrag an Stelle der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung oder der Aufrechterhaltung der Anwartschaft gewährt werden; es kann dabei auf Antrag der Berechtigten die Festsetzung des Beginns und der Höhe der Leibrente für einen späteren Zeitpunkt vorbehalten werden.

Die Uebernahme des Heilverfahrens ist in der Angestelltenversicherung genau so geordnet, wie in der Reichsversicherungsordnung. Das Heilverfahren wird zweifellos eine große Rolle spielen, und da bis Ablauf des Jahres 1917 Hinterbliebenenrenten und Ruhegeld nur gegen Einzahlung einer entsprechenden Prämienreserve gewährt werden können, wird in dieser Zeit das Heilverfahren die Hauptaufgabe der Reichsversicherungsanstalt sein. Das Direktorium derselben will, nach dem schon erwähnten Erlasse, auch die Genehmigung eines Heilverfahrens in der Hauptsache von dem Gutachten beamteter Aerzte abhängig machen. Diese ganz verfehlte Absicht wird hoffentlich an dem Widerstande der Ver-

Digitized by Google

sicherten scheitern. Bei Gewährung eines Heilverfahrens ist die Reichsversicherungsanstalt an erster Stelle auf die Mitwirkung der die Versicherten behandelnden Aerzte angewiesen, da diese ganz besonders in der Lage sind, ihre Patienten auf ein geeignetes Heilverfahren rechtzeitig hinzuweisen und deren Anträge durch ein klares und erschöpfendes Gutachten zu unterstützen. Auch vermögen diese Aerzte es am leichtesten, einen unerfüllbaren Wunsch der Kranken von vornherein zu verhindern und diesen dadurch manche Aufregung zu ersparen.

Das Ruhegeld beträgt ein Viertel der in den ersten 120 Beitragsmonaten entrichteten Beiträge und ein Achtel der übrigen Beiträge. Tritt bei weiblichen Versicherten der Versicherungsfall nach Ablauf von 60 Beitragsmonaten und vor Vollendung von 120 Beitragsmonaten ein, so beträgt das Ruhegeld immer nur ein Viertel der in den ersten 60 Beitragsmonaten entrichteten Beiträge. Da mithin von der Höhe der in den ersten Jahren der Versicherung gezahlten Beträge die Höhe des Ruhegeldes, auch der Hinterbliebenenrenten mehr beeinflußt wird, als von den später gezahlten Beiträgen, ist es den Versicherten bis zum vollendeten 25. Lebensjahre gestattet, in eine höhere Gehaltsklasse überzutreten, als ihrem Einkommen entspricht. Natürlich ist in solchen Fällen der Arbeitgeber nur dann zur Zahlung des höheren Beitragteiles verpflichtet, wenn dies vereinbart worden ist.

Die Witwen- und Witwerrente beträgt zwei Fünftel des Ruhegeldes, das der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Berufsunfähigkeit bezogen hatte. Waisen erhalten je ein Fünftel, Doppelwaisen je ein Drittel der Witwenrente. Witwen-, Witwer- und Waisenrenten dürfen zusammen den Betrag des Ruhegeldes nicht übersteigen, das der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Berufsunfähigkeit bezogen hätte.

Ruhegeld und Renten werden in Teilbeträgen monatlich, auf volle fünf Pfennig abgerundet, im voraus durch die Post gezahlt.

Die baren Versicherungsleistungen, Ruhegeld und Renten, sind demnach nicht sehr hoch; für die gezahlten Beiträge sind sie indes höher, als bei irgendeiner privaten Versicherung, die doch dabei die schlechten Risiken abweisen kann, was natürlich die Reichsversicherungsanstalt nicht darf. Man muß auch beachten, daß bei den Versicherten der niedrigsten vier Gehaltsklassen der Angestelltenversicherung zu den von dieser gewährten Versicherungsleistungen oft die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hinzutreten werden. Deshalb ist auch den Versicherten der vier höchsten Gehaltsklassen der Angestelltenversicherung dringend zu raten, die einmal erworbene Anwartschaft auf die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht aufzugeben, sondern auch diese Versicherung freiwillig fortzusetzen.

5. Feststellung der Leistungen. Anträge auf Feststellung sind mit Beilegung der Beweisstücke, also zumeist auch eines ärztlichen Gutachtens, an den Rentenausschuß zu richten, können aber auch bei jeder inländischen Behörde angebracht werden. Zuständig ist der Rentenausschuß, in dessen Bereich der Versicherte zur Zeit des Antrages wohnt oder beschäftigt ist.

Anträge auf Einleitung des Heilverfahrens gibt der Vorsitzende des Rentenausschusses nach Klarstellung des Sachverhalts an die Reichsversicherungsanstalt zur Entscheidung ab, gegen die es eine Beschwerde oder Berufung nicht gibt, da die Uebernahme des vorbeugenden Heilverfahrens nur ein Recht, keine Pflicht der Reichsversicherungsanstalt ist.

Alle übrigen Leistungen stellt der Rentenausschuß fest. Der Vorsitzende desselben entscheidet allein ohne mündliche Verhandlung, wenn es sich um Ruhegeld wegen Vollendung des 65. Lebensjahres, um Leibrente, um Hinterbliebenenrente, um Abfindung oder Erstattung handelt. Im übrigen, also namentlich wenn es sich um Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit handelt, ergeht die Entscheidung auf Grund mündlicher Verhandlung; zu dieser ist je ein männlicher Versicherungsvertreter der Arbeitgeber und der versicherten Angestellten als Beisitzer zuzuziehen.

Gegen die Bescheide des Rentenausschusses ist Berufung an das Schiedsgericht und gegen die Urteile des Schiedsgerichts ist Revision an das Oberschiedsgericht zulässig; das Schiedsgericht entscheidet aber endgültig, wenn es sich um Höhe, Beginn und Ende von Ruhegeld oder Leibrente, um Hinterbliebenenrente, um Abfindung oder Erstattung und um Kosten des Verfahrens handelt.

Digitized by Google

Die Zahl, der Sitz und die Bezirke der Schiedsgerichte werden durch Kaiserliche Verordnung bestimmt.

Die Entscheidung des Schiedsgerichtes ergeht auf Grund mündlicher Verhandlung; zu dieser sind außer dem Vorsitzenden oder dessen Stellvertreter je zwei auf sechs Jahre gewählte Versicherungsvertreter der Arbeitgeber und der versicherten Angestellten zuzuziehen.

Bei dem Oberschiedsgericht, das seinen Sitz in Berlin hat, sind zu der auf Grund mündlicher Verhandlung in öffentlicher Sitzung ergehenden Entscheidung außer dem Vorsitzenden zwei ständige Mitglieder des Reichsversicherungsamtes, zwei richterliche Beamte, sowie je ein Versicherungsvertreter der Arbeitgeber und der versicherten Angestellten zuzuziehen. Die Wahlzeit dieser Versicherungsvertreter beträgt wieder sechs Jahre.

Streitigkeiten über Gewährung von Leistungen kann es, wegen der vorgeschriebenen Wartezeit, in den ersten fünf Jahren der Wirksamkeit des Gesetzes nur sehr wenige geben. Anders steht es mit Streitigkeiten über die Frage der Versicherungspflicht oder des Rechtes der freiwilligen Versicherung oder der Beitragsleistung. Auch hier entscheidet der Rentenausschuß und auf Beschwerde endgültig das Schiedsgericht. Bei noch nicht feststehender Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung tritt an Stelle des Schiedsgerichtes, auf Antrag eines Beteiligten, das Oberschiedsgericht. Bei Verneinung der Versicherungspflicht ist festzustellen, ob Versicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung vorliegt. Wird dies festgestellt, so ist die Entscheidung für ein Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung bindend, ebenso wie es bindend für ein Verfahren der Angestelltenversicherung ist, wenn auf Grund der Reichsversicherungsordnung bei Verneinung der Versicherungspflicht festgestellt wird, daß Versicherungspflicht nach der Angestelltenversicherung vorliegt. Auf diese Weise wird vermieden, daß durch entgegengesetzte Entscheidungen eine Person in keine der beiden Versicherungen aufgenommen wird.

6. Private und öffentliche Pensionseinrichtungen; Lebensversicherungen. Ersatzkassen, d. h. Versicherungseinrichtungen, deren Mitglieder davon befreit sind, bei der Reichsversicherungsanstalt versichert zu werden, sind nur in sehr beschränktem Maße und unter sehr schweren Bedingungen zugelassen. In Betracht kommen nur Fabriks-, Betriebs-, Haus-, Seemanns- und ähnliche Kassen, die vor dem 5. Dezember, dem Tage der dritten Lesung des Gesetzes im Reichstage, bestanden haben; der Antrag, als Ersatzkasse zugelassen zu werden, muß vor dem 1. Januar 1913 beim Bundesrat gestellt werden. Das Gesetz hat Vorsorge getroffen, daß die bei einer Ersatzkasse Versicherten keines Vorteils verloren gehen, den die bei der Reichsversicherungsanstalt Versicherten haben. Um nur das Wichtigste hervorzuheben, so müssen die Kassenleistungen den reichsgesetzlichen Leistungen mindestens gleichwertig und in dieser Höhe gewährleistet sein. Die Leistungen für die Zwecke des Heilverfahrens gelten erst dann als gleichwertig, wenn für sie in den ersten drei Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes auf den Kopf der versicherten Angestellten mindestens 5 M. aufgewendet oder zurückgelegt werden. In den folgenden Jahren ist der im Durchschnitt von der Reichsversicherungsanstalt auf den Kopf der Versicherten verbrauchte Betrag in Ansatz zu bringen. Bei Berechnung der Wartezeit, des Ruhegehalts und der Renten werden die zur Ersatzkasse nach 1. Januar 1913 geleisteten Beiträge für den reichsgesetzlichen Anspruch den zur Reichsversicherungsanstalt geleisteten Beiträgen gleich geachtet. Ebenso ist auch Sicherheit geschaffen, daß der Beitrag der Arbeitgeber zur Ersatzkasse nicht geringer ist, als der reichsgesetzliche Arbeitgeberbeitrag, und daß bei Streit über Kassenleistungen Schiedsgericht und Oberschiedsgericht angerufen werden können.

Auch Zuschußkassen läßt die Angestelltenversicherung zu. Bei diesen haben der Angestellte und sein Arbeitgeber nur Beiträge an die Zuschußkasse zu zahlen, die Zuschußkasse entrichtet für ihre Mitglieder die reichsgesetzlichen Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt, und letztere übernimmt die reichsgesetzlichen Leistungen für die Mitglieder. Auch hier ist ein ausreichender Schutz für die Versicherten getroffen, der dem bei den Ersatzkassen erwähnten sehr ähnlich ist.

Schließlich können Angestellte, für die vor dem 5. Dezember 1911 bei öffentlichen oder privaten Lebensversicherungsunterneh-

Digitized by Google

mungen ein Versicherungsvertrag geschlossen ist, auf ihren Antrag von der Beitragsleistung zur Reichsversicherungsanstalt befreit werden, wenn der Jahresbetrag der Beiträge für diese Versicherungen spätestens am 1. Januar 1913 mindestens den ihren Gehaltsverhältnissen entsprechenden reichsgesetzlichen Beiträgen gleichkommt. Dasselbe Recht haben Angestellte, die beim Eintreten in die versicherungspflichtige Beschäftigung das 30. Lebensjahr überschritten haben — ein Fall, der wohl selten eintreten dürfte — und seit mindestens drei Jahren bei einem Lebensversicherungsunternehmen versichert waren. In diesen Fällen ist der Arbeitgeber verpflichtet, den auf ihn fallenden reichsgesetzlichen Beitragsteil an die Reichsversicherungsanstalt abzuführen, wofür dem Versicherten die halben Leistungen des Gesetzes gewährt werden.

Wenn auch diese Darstellung in keiner Weise das AVG. erschöpfend schildert, so zeigt sie doch seine hohe wirtschaftliche und sozialpolitische Bedeutung und, wie bei seiner Durchführung den Aerzten viele und darunter neue Aufgaben erwachsen. Die Durchführung des AVG. wird nicht sehr leicht sein, und um so glatter wird sich dieselbe gestalten, und um so beliebter wird das Gesetz bei denen werden, für die es geschaffen worden ist, je freudiger die Aerzte mitarbeiten und je verständnisvoller die Arbeit der Aerzte von dem Versicherungsträger unterstützt wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Kosten der Oberversicherungsämter in Unfallsachen für das zweite Halbjahr 1912[1]).

Erlaß der **preuß. Minister für Handel usw., des Innern und für Finanzen** vom 18. März 1913.

Auf Grund der Bekanntmachung vom 22. Dezember 1911 Nr. II 4 (RGBl. S. 1132) bestimmen wir über die Ausscheidung der Kosten, welche den Oberversicherungsämtern aus der Tätigkeit als Schiedsgerichte für die Unfallversicherung in der Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 1912 erwachsen sind:

1. Die von den Berufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden zu erstattenden Kosten der Gerichtshaltung werden in der Weise berechnet, daß als Maßstab für die Verteilung das Verhältnis der gegen Bescheide der Träger der Unfallversicherung eingelegten Berufungen, zur Gesamtzahl der vor dem Oberversicherungsamt erledigten Spruch- und Beschlußsachen zugrunde gelegt wird. Dabei sind zwei Beschlußsachen einer Spruchsache gleich zu rechnen, Bruchzahlen bleiben außer Ansatz.

Die Pauschbeträge (§ 80 RVO.) sind von den Trägern der Unfallversicherung für die Zeit vom 1. Juli bis zum 31. Dezember 1912 nicht zu erheben, dagegen sind die Kosten des Verfahrens für jede einzelne Sache nach den bisherigen Vorschriften von den Trägern der Unfallversicherung der Staatskasse zu erstatten.

2. Bei der Berechnung der Kosten der Oberversicherungsämter sind alle entstandenen Kosten zugrunde zu legen, die nach den für die Schiedsgerichte geltenden Vorschriften als Gerichtshaltungskosten anzusehen sind. Es sind insbesondere auch die durch Bureau- und Kanzleiarbeit in Krankenversicherungssachen entstehenden Kosten mitzurechnen. Soweit die Regierungspräsidenten Angelegenheiten aus ihrem Geschäftsbereiche den Oberversicherungsämtern übertragen haben, ist ein schätzungsweise zu ermittelnder Kostenanteil vorweg abzuziehen. Ebenso sind die Kosten der besonderen Oberversicherungsämter abzusetzen. Dabei können die Kosten schätzungsweise nach dem Verhältnis der von den allgemeinen Oberversicherungsämtern und den besonderen Oberversicherungsämtern erledigten Spruch- und Beschlußsachen ermittelt werden. Portokosten sind nach dem Erlaß vom 31. August 1912 (F. M. P. 1521, M. d. J. I. c. 2836) so zu berechnen, als ob keine Ablösung mit der Reichspost vereinbart worden wäre. Für Benutzung des Inventars können die bisherigen Sätze eingestellt bleiben.

3. Die näheren Anordnungen, insbesondere auch wegen der Ermittlung der Gerichtshaltungskosten in den Fällen, in welchen das Oberversicherungsamt im Gebäude der Regierung untergebracht ist, werden den Vorsitzenden der Oberversicherungsämter überlassen.

4. Die Kosten sind unverzüglich zu berechnen und einzuziehen.

5. Weitere Bestimmungen darüber, wie die Kosten des Verfahrens und die Pauschbeträge in den am 1. Juli 1912 anhängigen Sachen aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und in den am 1. Januar d. J. anhängigen Sachen aus der Unfallversicherung zu berechnen sind, werden demnächst erlassen werden.

[1]) Vgl. die Ausführungen des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts im Hambung hier S. 117, 118.

Digitized by Google

Kosten der Versicherungsämter.

Erlaß der **preuß. Minister für Handel usw., des Innern und für Finanzen** vom 1. März 1913 (HMBl. S. 134).

Im Anschluß an den Runderlaß vom 11. Oktober 1912 (HMBl. S. 529) bestimmen wir hinsichtlich der Kostenerstattung und Vorschußleistung der Versicherungsträger hierdurch vorbehaltlich weiterer Anordnungen zunächst das Folgende:

Mit den Landesversicherungsanstalten ist ein Uebereinkommen dahin zu erstreben, daß über die von ihnen den staatlichen Versicherungsämtern zu erstattenden Kosten alljährlich nur einmal am Jahresschluß, und zwar möglichst vor Abschluß der Bücher des betreffenden Rechnungsjahrs, abgerechnet wird und daß, nachdem ein Ueberblick über die auf die einzelnen Versicherungsämter entfallenden Erstattungsbeträge auf Grund der Erfahrungen eines Jahres gewonnen sein wird, für die folgenden Jahre von den Landesversicherungsanstalten Vorschüsse geleistet werden, die einem bestimmten Teile der im voraufgegangenen Jahre erstatteten Summe gleichkommen (s. Ziff. IV a. a. O.)[1].

[1]) Vgl. Arb.-Versorgg. 1912 S. 712 ff.

B. Zur Krankenversicherung.

Personen mit mehr als 2000 M. Einkommen dürfen nach § 26a Ziff. 5 KVG. nicht aufgenommen werden; eine abweichende Satzungsvorschrift gilt nur mit dieser Beschränkung.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, vom 31. Oktober 1912.

Der beklagte Magistrat erließ als Aufsichtsbehörde der Ortskrankenkasse der Stadt Sch. an deren Vorstand folgende Verfügung:

„Nach § 26a Abs. 2 Ziff. 5 KVG. kann durch das Kassenstatut bestimmt werden, ‚daß auch andere als die in den §§ 1—3 (KVG.) genannten Personen als Mitglieder der Kasse aufgenommen werden können, sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt'.

Von dieser Befugnis hat die Kasse Gebrauch gemacht und im § 6 Abs. 4 ihres Statuts bestimmt:

‚Ferner können als Mitglieder vom Vorstande aufgenommen werden selbständige Gewerbetreibende der im § 1 bezeichneten Art, welche nicht regelmäßig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen.'

Das Recht zum Beitritt für diese Personen ist nun zwar im Statut nicht noch besonders davon abhängig gemacht, daß ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigen dürfe, gleichwohl findet diese Beschränkung auch auf sie Anwendung. Dies ergibt sich ganz zweifelsfrei aus der angezogenen Gesetzesbestimmung, die zwingender Natur ist. Der Vorstand war nicht berechtigt, von der gesetzlichen Beschränkung zugunsten einzelner Personen abzusehen. Ein mit den Anforderungen des Gesetzes nicht vereinbartes Versicherungsverhältnis ist unzulässig (vgl. Hahn, Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz § 1 Anm. 7, Stier-Somlo, Jahrbuch des Verwaltungsrechts, 2. Jahrg. 1906 S. 185, Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 2. Oktober 1897, Arb.-Versorgg. Jahrg. 15 S. 48, Reichsgerichtsentscheidung vom 25. Januar 1904, Arb.-Versorgg. Jahrg. 21 S. 452).

Nach seiner eigenen Angabe hatte der Malermeister J., als er vor etwa zwei Jahren als freiwilliges Mitglied der Kasse aufgenommen wurde, ein jährliches Gesamteinkommen von über 2000 M. Da hiernach die Voraussetzung für den freiwilligen Beitritt fehlte, ist seine Mitgliedschaft von Anfang an nichtig. Die geleisteten Beiträge sind zurückzuzahlen. Etwa gewährte Unterstützungen sind zu verrechnen.

In diesem Sinne ist auch bei allen anderen selbständigen Gewerbetreibenden zu verfahren, deren Aufnahme zu Unrecht erfolgt ist.

Von dem Veranlaßten ersuchen wir uns binnen vier Wochen Mitteilung zu machen."

Die hiergegen erhobene Klage wies der Bezirksausschuß als unbegründet zurück. Der Kläger hat noch Revision eingelegt, die jedoch zurückgewiesen wurde.

Gründe:

Der § 26a KVG. schreibt, insoweit er für die Entscheidung in Betracht kommt, vor:

„Durch das Kassenstatut kann ferner bestimmt werden:

1. usw.

5. daß auch andere als die in den §§ 1 bis 3 genannten Personen als Mitglieder der Kasse aufgenommen werden können, sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt."

Dem Vorderrichter ist aus den von ihm geltend gemachten Gründen darin beizutreten, daß es gegen diese Bestimmung des Gesetzes verstößt, wenn der § 6 Abs. 4 des Statuts der vom Kläger vertretenen Kasse deren Vorstand ermächtigt, selbständige Gewerbetreibende, die nicht regelmäßig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, ohne Rücksicht darauf, ob ihr Gesamteinkommen 2000 M. übersteigt oder nicht, als Mitglieder aufzunehmen. Der Kläger kann sich für seine gegenteilige Auffassung auch nicht auf den vom Reichskanzler am 1. Juli 1903 mitgeteilten Entwurf des Statuts einer Ortskrankenkasse berufen. Dieser Entwurf (s. Zentralblatt für das Deutsche Reich 1903 S. 243 f.) führt in seinem hier maßgebenden § 5 zunächst die Beitrittsberechtigten auf, und macht dabei nur bei den daselbst unter Ziff. 4 bezeichneten Personen das Recht zum Beitritte nicht davon abhängig, daß ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. übersteigt. Die unter 4 Genannten sind aber diejenigen versicherungspflichtigen Personen, die von der Verpflichtung der Kasse anzugehören, wegen ihrer Beteiligung an einer dem § 75 des Krankenversicherungsgesetzes genügenden Hilfskasse befreit sind, mithin solche Personen, bei denen es nach dem Gesetze für die Beurteilung ihrer Versicherungspflicht auf die Höhe des jährlichen Gesamteinkommens niemals ankommt. Dann lautet der § 5 des Musterstatuts wörtlich, wie folgt:

(„Ferner können vom Vorstand als Mitglieder aufgenommen werden:

1. selbständige Gewerbetreibende [der im § 1 bezeichneten Art], welche nicht regelmäßig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen.

Digitized by Google

2. . . . . [sofern sie nicht älter als [50] Jahre sind und nachweisen, daß sie an keiner chronischen Krankheit leiden, und] sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt").

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Worte: „sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 M. nicht übersteigt" mit Rücksicht auf die Vorschriften des § 26a Abs. 2 Ziff. 5 des Krankenversicherungsgesetzes auch auf die in der vorstehenden Statutsbestimmung unter 1 aufgeführten selbständigen Gewerbetreibenden bezogen werden müssen, nicht nur auf die unter Ziff. 2 daselbst erwähnten. Hätte der Bearbeiter des Musterstatuts das letztere beabsichtigt, so würde er auch dem mit „sofern" beginnenden Satze eine andere Fassung gegeben und ihn nicht in der geschehenen Weise eingerückt haben. Die Annahme, daß das Musterstatut eine mit dem Gesetze nicht vereinbarte Bestimmung getroffen habe, ist deshalb von der Hand zu weisen.

Steht hiernach die erörterte Statutenbestimmung und damit auch die auf Grund derselben erfolgte Aufnahme von Kassenmitgliedern mit einem jährlichen Gesamteinkommen von mehr als 2000 M. mit dem Gesetz in Widerspruch, so war die beklagte Aufsichtsbehörde, die nach § 45 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes die Befolgung der gesetzlichen Vorschriften zu überwachen hat, zum Erlaß der angefochtenen Anordnung berechtigt. Diese Verfügung will den durch die Aufnahme der gedachten Mitglieder herbeigeführten ungesetzlichen Zustand beseitigen und ein dem Gesetze entsprechendes Verhältnis schaffen. Im übrigen ist sie dahin zu verstehen, daß sie über den Weg, auf dem die Zurückzahlung der geleisteten Beiträge und die Verrechnung etwaiger Unterstützungen bewirkt werden soll, nicht vorschreibt, sondern die Art der einzuschlagenden Maßnahmen dem Ermessen des Kassenvorstandes anheimstellt. Selbstverständlich ist schließlich, daß die angegriffene Anordnung nicht solche Gewerbetreibende hat treffen wollen, die vor dem Inkrafttreten der Novelle vom 10. April 1892 Mitglieder der Kasse geworden sind. Da für diese die Einkommensgrenze von 2000 M. noch nicht bestand, so sind sie nicht Personen, „deren Aufnahme zu Unrecht erfolgt ist". Danach war die Vorentscheidung zu bestätigen.

Zur Auslegung der Art. 38, 39 Einf.Ges. z. RVO.

Entscheidung des **Königl. Oberversicherungsamtes Groß-Berlin** (Beschlußkammer) vom 8. Februar 1913.

Der Antragsteller, der als Kassenangestellter der Ortskrankenkasse für K. in B. auf Grund eines schriftlichen Dienstvertrages vom Jahre 1903, nach dessen § 2 Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse unter Ausschluß des ordentlichen Rechtsweges der endgültigen Entscheidung eines Schiedsgerichtes gemäß § 1025 ff. ZPO. unterliegen sollen, und der ihn in die Gehaltsgruppe II der Angestellten der Kasse weist, macht gemäß § 358 RVO., Art. 38 Einf.Ges. dazu, gegen die Kasse einen Anspruch auf Zuteilung in eine höher besoldete Gehaltsgruppe unter entsprechender Gehaltsnachforderung vom 1. Juli 1907 ab geltend. Das Versicherungsamt B (Beschlußausschuß) hat durch Vorentscheidung den Anspruch zurückgewiesen, indem es dem Einwand des Kassenvorstandes, daß der Rechtsweg vor den Versicherungsbehörden unzulässig sei, einmal im Hinblick auf die Schiedsgerichtsklausel, dann, weil über den nämlichen Anspruch bereits im Jahre 1908 ein rechtskräftiger Spruch eines vom Antragsteller angerufenen Schiedsgerichts in abweisendem Sinne ergangen sei, stattgab. Die dagegen erhobene Beschwerde an das Oberversicherungsamt wurde zurückgewiesen. Gründe:

Die angefochtene Entscheidung des Versicherungsamtes war aus den darin dargelegten, zutreffenden Gründen zu bestätigen; auch die dagegen geltend gemachten Einwendungen des Beschwerdeführers lassen eine abweichende Beurteilung der Rechtslage nicht zu. Vielmehr war daran festzuhalten, daß der mit dem Beschwerdeführer geschlossene Dienstvertrag und namentlich die Bestimmung, durch welche Streitigkeiten aus dem Anstellungsverhältnisse einem besonders zu bildenden Schiedsgerichte übertragen werden, auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung seine Gültigkeit behält, soweit nicht Art. 39 Einf.Ges. z. RVO. die früheren Abmachungen ausdrücklich außer Kraft setzt. Art. 39 erklärt indes nur solche Rechtshandlungen für unwirksam, welche nach dem 1. Januar 1908 vorgenommen sind, sofern sie die Durchführung der Art. 34—38 vereiteln oder erschweren; er schreibt das gleiche vor hinsichtlich der Vertragsbestimmungen, welche vermögensrechtliche Streitigkeiten wegen oder aus Anlaß der Kündigung oder Entlassung den ordentlichen Gerichten entziehen. Im vorliegenden Falle aber greift keine dieser Ausnahmen Platz. Insbesondere stellt der Abschluß des hier maßgeblichen Dienstvertrags keine Handlung dar, welche erst nach dem 1. Januar 1908 vorgenommen ist; denn der Vertrag geht auf das Jahr 1903 zurück, bei ihm fehlt daher zur Ungültigkeit die zeitliche Voraussetzung. Ebensowenig kann die Entscheidung des Schiedsgerichts vom Jahre 1908 als rechtsunwirksame Handlung im Sinne des Art. 39 angesprochen werden, denn der Artikel betrifft lediglich das Verhältnis der Kassenorgane und ihrer Angestellten; keinesfalls aber hat er richterliche Handlungen oder gar richterliche Entscheidungen im Auge, wie sich schon aus der bloßen Erwägung ergibt, daß sonst sämtliche nach dem 1. Januar 1908 entschiedenen Prozeßstreitigkeiten über Kassenangestellte der erneuten Aburteilung unterliegen würden. Endlich kann auch von dem im Schlußsatz des Artikels vorgesehenen Ausnahmefalle hier keine Rede sein, denn es handelt sich im vorliegenden Falle nicht um Streitigkeiten wegen oder aus Anlaß der Kündigung, sondern um den Anspruch auf Versetzung in eine höhere Gehaltsgruppe.

Angesichts dieser zwingenden Gesetzesvorschriften konnte auch der in der mündlichen Verhandlung erhobene Einwand des Beschwerdeführers, das frühere Verfahren entspreche nicht den Wünschen der Beamten, und auch andere Angestellte seien in andere Gehaltsklassen eingereiht worden, keine Beachtung finden. Vielmehr mußte das Gericht seine Zuständigkeit verneinen und auf Grund des § 2 des Dienstvertrages das Schiedsgericht zur Entscheidung über Streitigkeiten aus dem Anstellungsverhältnisse für berufen erachten. Da das Schiedsgericht aber

Digitized by Google

bereits über den erhobenen Anspruch ein rechtskräftiges Urteil erlassen hat, so kann es nicht ein zweites Mal in der Sache erkennen. Hiernach unterlag die Beschwerde der Abweisung. Diese Entscheidung ist endgültig.

Anmerkung: „Endgültig" ist nach § 358 Abs. 1 Satz 2 RVO. die Entscheidung nur in dem Sinne, daß eine weitere Beschwerde nach der Reichsversicherungsordnung nicht stattfindet. Dagegen kann die Entscheidung, weil es sich um einen vermögensrechtlichen Anspruch handelt, nach § 358 Abs. 2 und 3 noch im ordentlichen Prozeßweg angefochten werden (vgl. Hahn, Handb. der Kr.Vers. S 490 ff. Anm. 2, 4, 5).

Eine sich regelmäßig wiederholende Beschäftigung ist nur dann versicherungspflichtig, wenn die Beschäftigung wenigstens einmal wöchentlich stattfindet.

Entscheidung des **Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 23. Dezember 1912.

Die Schneidersfrau Maria Mö. in M. war nach Angabe der Ortskrankenkasse für M. vom 23. Januar bis 23. März 1911, an welchem letzteren Tage sie erkrankte, bei dem Wirte W. in M. in der Weise beschäftigt, daß sie alle 14 Tage an dem Tage, an welchem die ständige Köchin dienstfrei war, für diese auszuhelfen hatte; in gleicher Weise war, ebenfalls nach Annahme der genannten Kasse, die Mö. auch bei dem Gastwirte G. in M. zu derselben Zeit beschäftigt und zwar vom 28. Dezember 1910 oder 11. Januar 1911 bis 23. März 1911.

Die Ortskrankenkasse für M. hatte für die Mö. aus Anlaß ihrer Erkrankung Aufwendungen zu machen.

Der Stadtmagistrat M. hat den Gastwirt G. für verpflichtet erklärt, der Ortskrankenkasse für M. die für die Köchin Maria Mö. gemachten Aufwendungen im Gesamtbetrage von 115,35 M. zu ersetzen. . . . Diese Beschäftigung sei eine versicherungspflichtige gewesen, „da auch eine intermittierende Beschäftigung, wenn sie sich regelmäßig wiederhole, zu einer dauernden und versicherungspflichtigen insbesondere dann werde, wenn dem Arbeiter eine bestimmte Zusicherung hinsichtlich einer längeren und jedenfalls über einen Zeitraum von mehr als drei Tagen hinaus sich erstreckenden Beschäftigung gegeben sei und es nicht lediglich vom Zufall abhänge, ob eine Fortsetzung der Beschäftigung in Aussicht stehe. . . ."

Vorstehende Ausführungen der Vorinstanz sind nun allerdings zutreffend, jedoch nach Anschauung des Gerichtshofes lediglich mit dem Abmaße, daß es sich um eine Beschäftigung handeln muß, welche, wenn auch nur an einzelnen Tagen aufeinanderfolgender Wochen und auch vielleicht da nur stundenweise stattgefunden hätte; jedenfalls aber ist zur Begründung der Versicherungspflicht unerläßlich, daß eine Beschäftigung während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses in jeder Woche stattgehabt hat.

Diese Anschauung des Gerichtshofes hat bereits Ausdruck gefunden in der in der Sammlung Bd. 26 S. 232 veröffentlichten Entscheidung. Auch in der von der Vorinstanz angeführten Entscheidung (Sammlung von Entscheidungen des Verwaltungsgerichtshofs Bd. 24 S. 11) hat es sich um eine sich jede Woche wiederholende Beschäftigung gehandelt. (Vgl. ferner Sammlung von Entscheidungen des Verwaltungsgerichtshofs Bd. 15 S. 123 und 233, dann Reger, Entsch. Samml. Bd. 21 S. 41 Note des Herausgebers, Bd. 19 S. 213 und 416, Bd. 5 S. 402.)

Im vorliegenden Falle aber ist dem für die Versicherungspflicht im allgemeinen festzuhaltenden Erfordernisse der wenigstens einmaligen Beschäftigung in der Woche nicht genügt.

Weder die Schwere der Krankheit noch die Notwendigkeit fachärztlicher Behandlung rechtfertigt für sich allein die Umgehung des Kassenarztes.

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 13 Juli 1912.

Der Kläger hätte, als er sich im Monat Mai 1911 krank fühlte, es nicht unterlassen dürfen, einen der zu seiner Wahl stehenden Kassenärzte zu befragen; er hat aber damals keinen Kassenarzt aufgesucht. So fehlt es durch sein eigenes Verschulden an jedem Nachweise für das an sich unwahrscheinliche Vorbringen, daß die Kassenärzte ihrer Aufgabe bei seiner Behandlung nicht genügt hätten. Durch die Behauptung eines Kassenmitglieds, es schenke der kassenärztlichen Behandlung kein Vertrauen, kann die Zuziehung eines Nichtkassenarztes nicht gerechtfertigt werden, insbesondere dann nicht, wenn ihm, wie im vorliegenden Falle die Auswahl unter mehreren Kassenärzten freisteht. Auch die Schwere einer Krankheit vermag für sich allein einen dringenden Fall im Sinne des Gesetzes nicht zu begründen. Die Annahme der Dringlichkeit ist insbesondere dann ausgeschlossen, wenn die kassenärztliche Hilfe fortgesetzt zur Verfügung steht, das Kassenmitglied aber wegen der wirklichen oder vermeintlichen Gefährlichkeit seiner Krankheit zu einem nach seiner Ansicht für die Behandlung geeigneteren andern Arzt sich begibt (vgl. Zeitschrift 1897 S. 104, Rechtsprechung III Nr. 713). Nach den Motiven zu der Novelle vom 10. April 1892 ist nicht anzunehmen, daß die für zeitlich dringliche Fälle zugelassene Ausnahme von der Regel des Kassenarztzwangs soweit ausgedehnt werden wollte. Wenn auch für die Kassen die Verpflichtung zur Gewährung freier ärztlicher Behandlung ganz allgemein besteht und damit der Anspruch auf Behandlung durch einen Spezialarzt an sich nicht ausgeschlossen ist, so kann doch für die Frage der Notwendigkeit einer Spezialbehandlung keineswegs der bloße Wunsch des Kassenmitglieds maßgebend sein, sondern es muß, wie dies das Statut der beklagten Kasse vorsieht, die Entscheidung hierüber jeweils nach den Umständen des einzelnen Falls dem pflichthaften Ermessen der berufenen Kassenorgane überlassen bleiben. Verweigert der Kassenvorstand ohne triftigen Grund seine Zustimmung zu einer unumgänglich erforderlichen spezialärztlichen Behandlung und sucht das Kassenmitglied daraufhin den Spezialarzt dennoch

Digitized by Google

auf, so könnte die Verpflichtung der Kasse zur Uebernahme der hierdurch entstandenen notwendigen Kosten in Frage kommen. In dem vorliegenden Fall ist aber der Kassenvorstand niemals in der Lage gewesen, darüber zu beschließen, ob dem Kläger spezialärztliche Behandlung zu gewähren ist oder nicht, denn der Kläger hat von seinem Vorhaben, spezialärztliche Behandlung in Anspruch zu nehmen dem Kassenvorstand keinerlei Mitteilung gemacht, weder davon, daß er sich am 10. Mai 1911 zur Beratung des Leiters der chirurgischen Klinik nach F. begab, noch davon, daß er zur Beobachtung auf den 15. Mai 1911 einberufen sei, noch davon, daß nach diesem Ergebnis der Beobachtung die Vornahme einer Operation sich als notwendig erwiesen habe: auch hierzu wäre er wohl in der Zwischenzeit vom 15. bis 19. Mai 1911 noch in der Lage gewesen. Nicht einmal nach der Operation hat der Kläger die Kasse sobald als möglich benachrichtigt, wie dies nach den Kassenstatuten im Falle eines wirklich bestehenden Anspruchs auf Kostenersatz seine Aufgabe gewesen wäre.

Es kann hiernach nicht anerkannt werden, daß es dem Kläger infolge eines Verschuldens der Kasse oder ihrer Organe an der gebotenen Krankenhilfe gefehlt hätte; die von ihm in Anspruch genommene spezialärztliche Behandlung stellt sich auch nicht aus einem andern Gesichtspunkte als ein dringender Fall im Sinne des Gesetzes dar. Wenn nun auch nach dem Gutachten der akad. chirurg. Klinik in F. anzunehmen ist, daß die am 19. Mai 1911 vorgenommene Operation notwendig und deren Unterlassung mit Lebensgefahr verbunden war, so ist doch hieraus dem Kläger ein Anspruch auf Ersatz der hierdurch entstandenen Kosten nicht erwachsen. Die Klage war deshalb insoweit abzuweisen.

Beschäftigungsort eines Zeitungsausträgers.

Entscheidung des **Braunschweigischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 2. Oktober 1912.

Der Buchhändler J. betreibt in B. eine Buchhandlung und hat u. a. in Sch. Angestellte, die das Austragen von Zeitschriften an dortige Abonnenten besorgen. Er läßt seinen in Sch. und Umgebung wohnhaften Abonnenten die Zeitschriften durch B. in Mappen zustellen, die er am Sonnabend erhält und von Montag bis Donnerstag austrägt. Als Entgelt für diese Tätigkeit erhält B. 15 % der Abonnementsgelder. Streitig ist, welcher Krankenkasse er im Hinblick auf den Ort der Beschäftigung angehört. Der beklagte Stadtmagistrat entschied, daß der Betriebssitz maßgebend sei. Diese Entscheidung wurde auf Klage des Buchhändlers J. aufgehoben.

Voraussetzung des klägerischen Anspruchs ist, daß B. versicherungspflichtig und daß er gerade in Sch. versicherungspflichtig ist. Das erste Erfordernis hat der Beklagte nicht nachgeprüft und sich mit der Verneinung des zweiten begnügt. Es kann aber nicht zweifelhaft sein, daß B. der Zwangsversicherung nach § 1 KVG. unterliegt. Er ist, wie keiner weiteren Darlegung bedarf, als wirtschaftlich unselbständiger (Hahn, Kommentar 6. Aufl. S. 23a) Angestellter des Handelsgewerbes (§ 1 Ziff. 2 l. c) gegen Lohn tätig. Daß der letztere nicht als Zeitlohn sondern als Stücklohn nach Prozenten der aufgekommenen Abonnementsgelder ausbedungen ist, schließt den Lohnbegriff nicht aus (Hahn a. a. O. S. 26 d.

Beklagter stützt sich für die in seiner Entscheidung vertretene Auffassung, daß hier der § 5a KVG. anwendbar sei, auf das bekannte Urteil des Reichsgerichts vom 7. Februar 1895 (Entscheidung in Zivilsachen 34 S. 130 ff.). Richtig ist, daß diese für die Beurteilung der sich aus § 5a ergebenden Streitfragen grundlegende Entscheidung einen Unterschied nicht gelten läßt zwischen den vom Betriebssitz verschickten und den an der Arbeitsstätte wohnhaften Arbeitern, ebensowenig zwischen einer längere oder kürzere Zeit beanspruchenden Beschäftigung außerhalb des Betriebssitzes. Immerhin geht sie aber davon aus, daß es sich dabei um Arbeiter handele, die von einem „Bau- oder ähnlichen Gewerbetreibenden zeitweise außerhalb des Sitzes seines Gewerbebetriebes beschäftigt würden (S. 133)", und sie untersucht dann, unter welchen Voraussetzungen derartige Arbeiter nach den Bestimmungen des § 5a zu versichern seien. (Ebenso RG. 38, 110.) Eine Buchhandlung ist nun aber weder ein dem Baubetrieb „ähnliches" Gewerbe, das „seiner Natur nach" häufig außerhalb des Betriebsbesitzes Bauwerke herstellt, wobei Arbeiter längere Zeit hindurch tätig sind; noch liegt hier eine von vornherein auf einen bestimmten, wenn auch längeren Zeitraum beschränkte Arbeitsleistung vor. Vielmehr bleibt B. in Sch. und Umgebung beschäftigt, solange die klägerische Firma dort Abonnenten hat resp. B. in ihren Diensten steht, also bis auf weiteres. Damit entfällt aber der Ausgangspunkt der reichsgerichtlichen Entscheidung, die demnach zur Rechtfertigung des Standpunkts des Beklagten nicht verwertbar ist. Tatsächlich neigen auch Literatur und Rechtsprechung, ungeachtet mannigfacher Abweichungen im einzelnen, überwiegend dahin, daß bei zeitlich unbegrenzter Außenarbeit der am Beschäftigungsort wohnhafte Arbeiter jedenfalls in der für diesen Beschäftigungsort nach der allgemeinen Regel (§§ 5, 16 des Gesetzes) zuständigen Kasse zu versichern sei (Hahn, S. 78 ff.; Hoffmann, Kommentar S. 110; Schlicke in Arb.-Versorgg. 24, 493; Stier-Somlo, Sozialgesetzgebung S. 244 Anm. 21; Reger, 19, 204, 29, 40; 30, 435; PVVG. 48, 342; abweichend dasselbe Gericht in Arb.-Versorgg. 29, 554, wo allerdings der Tatbestand nicht näher mitgeteilt wird). Denselben Standpunkt vertritt auch das erkennende Gericht in den Entscheidungen Braunschw. Z. 50 B. 27 (nur bei „vorübergehender" Außenarbeit ist § 5a anwendbar) und 54, B. 37. Es liegt kein Grund vor, im Fragefalle von der bisherigen Rechtsprechung abzuweichen. Somit gehört der in Sch. wohnhafte B. der dortigen Allgemeinen Ortskrankenkasse als Pflichtmitglied an, wobei nichts darauf ankommt, daß er nebenbei auch in den umliegenden Ortschaften tätig wird. Denn der eigentliche Mittelpunkt seiner Tätigkeit, sein Beschäftigungsort, bleibt Sch., wohin ihm die Mappen gesandt werden, wohin er regelmäßig zurückkehrt und von

Digitized by Google

wo er die einkassierten Gelder an seine Firma einschickt. Indem der Beklagte das verkennt, wendet er das bestehende Recht unrichtig an und verletzt den Kläger als den Arbeitgeber B.s in seinen Rechten. Die angegriffene Entscheidung unterliegt deshalb der Aufhebung (§ 9 Verw.Rpfl.G.).

C. Zur Unfallversicherung.

Eingreifen eines Soldaten in einen versicherten Betrieb auf Befehl des Vorgesetzten ist keine unfallversicherte Tätigkeit.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 14. November 1912.

Der § 7 GUVG. schließt an sich nicht aus, daß einem durch Unfall Verletzten, auf den sich das Gesetz über die Versorgung der Personen der Unterklassen des Reichsheeres, der Kaiserlichen Marine und der Kaiserlichen Schutztruppen vom 1. Mai 1906 erstreckt, eine Unfallrente auf Grund des GUVG. gezahlt wird. Voraussetzung dafür ist indessen, daß der Verletzte außerhalb seines militärischen Dienstverhältnisses in einem versicherungspflichtigen Betriebe tätig gewesen und in ihm verunglückt ist (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung 3. Aufl. Anm. 13 zu § 1 und Anm. 5 zu § 7 GUVG. Bd. I S. 59, 248). Dies ist auch in den Kommissionsverhandlungen über den Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Aenderung der Unfallversicherungsgesetze, zum Ausdrucke gekommen. Bei der Beratung des § 7 GUVG. hat der Vertreter der Verbündeten Regierungen ausgeführt, jede Tätigkeit, zu der ein Soldat kommandiert werde, falle unter die durch das Gesetz vom 31. Mai 1906 geregelte Fürsorge und die Bestimmungen des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes fänden nur dann Anwendung, wenn ein Soldat beurlaubt und während dessen in einem versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigt werde (zu vgl. Bericht der XXI. Kommission über den Entwurf eines Gesetzes, betreffend die Aenderung der Unfallversicherungsgesetze — Nr. 523 der Drucksachen — S. 18, ferner auch Rekursentscheidung des Erweiterten Senats 2088, Amtl. Nachr. 1905 S. 267). Im vorliegenden Falle konnte nach dem Ergebnisse der eingehenden Ermittelungen kein Zweifel darüber bestehen, daß sich der Kläger am 26. August 1910 am Fortschieben des dem Holzhändler A. gehörigen Wagens auf den ausdrücklichen Befehl eines militärischen Vorgesetzten, des Unteroffiziers H., beteiligt hat... Die beklagte Holzberufsgenossenschaft hat unter diesen Umständen mit Recht angenommen, daß sie für die Folgen des Unfalls des Klägers vom 26. August 1910 nicht aufzukommen habe.

Rückwirkung der Reichsversicherungsordnung nach Art. 60 Einf.Ges.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Januar 1913.

Nach Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. sind deren Vorschriften über die Unfallversicherung, welche am 1. Januar 1913 in Kraft getreten sind, bei der ersten Feststellung von Entschädigungsansprüchen aus Unfällen, die sich vor dem Inkrafttreten ereignet haben, anzuwenden, wenn sie den Berechtigten günstiger sind. Erstmalig festgestellt worden ist der vorliegende Rentenanspruch des Klägers durch den angefochtenen Bescheid vom 7. November 1911. Ein Vergleich des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes, nach dessen Vorschriften der Entschädigungsanspruch des Klägers bisher beurteilt worden ist, mit der Reichsversicherungsordnung ergibt nun, daß deren Bestimmungen über den der Rente zugrunde zu legenden Jahresarbeitsverdienst insofern günstiger sind, als der voll anzurechnende Jahresarbeitsverdienst auf 1800 M. statt wie bisher, auf 1500 M. festgesetzt worden ist (zu vgl. § 563 Abs. 2 RVO. und § 10 Abs. 1 GUVG.). Danach ist der unstreitig 2223 M. betragende Jahresarbeitsverdienst bis zu 1800 M. zum vollen Betrage und der Ueberschuß von 423 M. mit einem Drittel von 141 M. anzurechnen, so daß sich als anrechnungsfähiger Jahresarbeitsverdienst die Summe von 1941 M. ergibt.

Der Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes in dieser Höhe steht nicht entgegen, daß der Kläger den Jahresarbeitsverdienst nicht ausdrücklich bemängelt hat. Er hat jedenfalls mit seinem Rekurse seine Unzufriedenheit mit dem Betrage der ihm zugesprochenen Rente zu erkennen geben und die Erlangung einer höheren als der bewilligten Rente bezwecken wollen. In der Festsetzung des höheren Jahresarbeitsverdienstes liegt daher keine über den erhobenen Rentenanspruch hinausgehende Rentenbewilligung. Die auf Grund der Reichsversicherungsordnung nach dem höheren anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienste zu berechnende Teilrente von 25 Prozent steht dem Kläger von dem in dem Bescheide vom 7. November 1911 bezeichneten Bezugstage, nicht erst vor dem Tage des Inkrafttretens des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung dem 1. Januar 1913 ab zu. Denn Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. legt dieser ebenso wie die entsprechende Vorschrift des § 27 des Ges. betr. Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30. Juni 1900 den bisherigen Unfallversicherungsgesetzen eine Rückwirkung auf bestehende Rechtsverhältnisse in der Art bei, daß die Rechtswirkungen, die sich aus einem vor dem Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung bereits abgeschlossenen Tatbestand ergeben, von der Entstehung des Rechtsverhältnisses an nach den Vorschriften des neuen Gesetzes zu beurteilen sind.

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Auf Grund des § 1444 Abs. 2 RVO. können auch freiwillige Beiträge noch nach Eintritt der Invalidität jedenfalls dann entrichtet werden, wenn das Rentenverfahren vor dem Erlöschen der Anwartschaft eingeleitet ist, und die Invalidität erst während des Verfahrens, aber nach Ablauf der Anwartschaft eintritt. — § 1444 Abs. 2 RVO. findet nach Art. 79 und ungeachtet des Art. 6 Einf.Ges. z. RVO. auch dann Anwendung, wenn eine nachträgliche Entrichtung für Zeiträume vor dem 1. Januar 1912 in Betracht kommt und eine solche nach dem Invalidenversicherungsgesetz nicht mehr zulässig wäre.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 2. November 1912.

Das Oberversicherungsamt, an welches die Sache wegen Verstoßes gegen den klaren Inhalt der Akten zurückgewiesen ist, wird bei der neuen Prüfung des Anspruchs auch die inzwischen in Kraft getretenen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung insbesondere diejenigen über den Verlust der Anwartschaft zu berücksichtigen haben. Die Annahme des Schiedsgerichts, daß die Anwartschaft erloschen sei, weil in dem aus Karte 14 sich ergebenden Anwartschaftszeitraum vom 19. Februar 1909 bis zum 19. Februar 1911 und weiter bis zu dem späteren Eintritt der Invalidität nur zehn Beiträge geleistet worden seien, ist zwar sowohl nach dem bisherigen wie nach dem jetzigen Rechte zutreffend (§ 46 Abs. 1 IVG., § 1280 RVO.), es fragt sich aber, ob nicht hinsichtlich des Wiederauflebens der Anwartschaft die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung für den Kläger günstiger sind als die des Invalidenversicherungsgesetzes, da in diesem Falle der Anspruch des Klägers auf Invalidenrente den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung unterliegt (Art. 79 Einf.Ges. z. RVO.)

Zu den dem Berechtigten günstigeren Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, die hiernach auf schwebende Verfahren anzuwenden sind, zählt der dem bisherigen Rechte unbekannte § 1444 Abs. 2 RVO. Dieser schreibt vor, daß Zeiträume, in denen eine Beitragsstreitigkeit (§§ 1459—1461) oder ein Verfahren über einen Anspruch auf Invaliden-, Alters-, Witwen- oder Witwerrente schwebt, in den Fristen der §§ 1442, 1443 für die wirksame Nachentrichtung von Pflichtbeiträgen oder freiwilligen Beiträgen nicht eingerechnet werden. Nach § 1443 a. a. O. dürfen freiwillige Beiträge und Beiträge über die gesetzliche Lohnklasse hinaus für mehr als ein Jahr zurück nicht entrichtet werden, ebensowenig nach Eintritt dauernder oder vorübergehender Invalidität oder für die weitere Invalidität. Da § 1444 Abs. 2 a. a. O. nur von der Nichteinrechnung der dort bezeichneten Zeiträume in die Fristen der §§ 1442, 1443 spricht, im § 1443 aber nur von der einen Frist des einen Jahres die Rede ist, über die hinaus freiwillige Beiträge nicht nachentrichtet werden können, so kann es zweifelhaft erscheinen, ob § 1444 Abs. 2 auch auf den Fall des § 1443 Anwendung findet, daß der Berechtigte während des Schwebens einer Beitragsstreitigkeit oder des Verfahrens über einen Rentenanspruch invalide wird. Wenn in diesem Falle auch von einer Frist im engeren Sinne vielleicht nicht gesprochen werden kann, so handelt es sich hierbei aber doch um eine Befristung, eine Fristfestsetzung, indem als Grenze der freiwilligen Beitragsleistung der Eintritt der Invalidität festgelegt wird. Dieses in der Zukunft liegende, ungewisse Ereignis bildet den Endtermin für die Frist zur Beitragsentrichtung. Insoweit steht also auch hier eine Frist in Frage. Da nun in § 1444 Abs. 2 schlechthin der ganze § 1443 in bezug genommen ist, so steht an sich nach dem Wortlaut nichts entgegen, die neue Vorschrift dieser Gesetzesbestimmung auch für den hier in Rede stehenden Fall anzuwenden. Für diese Auffassung spricht vor allem auch die Entstehungsgeschichte des § 1444 Abs. 2 und der Zweck, der mit dieser neuen Vorschrift verfolgt wird.

Nach der Begründung zu den §§ 1424 bis 1427 des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung (§§ 1442 bis 1445 des Gesetzes) hat nämlich die neue Vorschrift den Zweck, zu verhüten, daß ein Versicherter, der nach Erfüllung der Wartezeit Ansprüche erhebt, und in der Meinung, erwerbsunfähig zu sein, keine Beiträge mehr entrichtet, aber erst im Laufe des oft langwierigen Verfahrens als invalide erklärt wird, inzwischen die Anwartschaft verliert und deshalb abgewiesen werden muß (Begründung zur Reichsversicherungsordnung S. 430 Nr. V). Aus dieser Begründung ergibt sich, daß behufs Erhaltung einer bereits erworbenen Antwartschaft die Reichsversicherungsordnung auch die Nachentrichtung von freiwilligen Beiträgen nach Eintritt der Invalidität hat zulassen wollen, wenn die Invalidität erst im Laufe eines schwebenden Verfahrens eingetreten ist, da andernfalls die in Rede stehende Härte des bisherigen Rechtes nicht beseitigt werden würde. Für diese Auslegung der neuen Vorschrift spricht auch die ausdrückliche Erklärung eines Regierungsvertreters gelegentlich der Beratung der §§ 1424 bis 1427 des Entwurfs in der Reichstagskommission. Es war beantragt worden, einen § 1424a einzufügen des Inhalts: „Nach zwei Jahren seit der Fälligkeit sind Beiträge für die Zeit eines solchen Streitverfahrens wegen einer Rente, das in den zwei Jahren begonnen wurde, wirksam, sofern die Beiträge innerhalb drei Monaten nach Beendigung des Streitverfahrens entrichtet werden." Begründet wurde der Antrag mit folgenden Ausführungen: „Aus der Praxis heraus sei dieser Antrag gestellt. Eine Frau z. B., die jahrelang Marken geklebt habe, lebe der Ueberzeugung, daß sie invalide sei. Sie werde indessen mit ihrem Invaliditätsgesuch abgewiesen. Sie komme aber mit dem Gesuch wieder und werde dann abermals abgewiesen. Schließlich werde der Antrag auch vom Reichsversicherungsamt abgewiesen. Der Prozeß habe nun unter Umständen zwei Jahre lang gedauert und schließlich

Digitized by Google

habe die Frau ihre Rechte verloren; denn von dem Augenblick an, wo die Leute das Invaliditätsgesuch einreichten, klebten sie in der Regel nicht mehr. Deshalb sei § 1424a notwendig. In einem solchen Falle müsse der Betreffende doch nachkleben dürfen. Derartige Fälle ereigneten sich übrigens sehr oft."

Der Regierungsvertreter bezeichnete die Einfügung der vorgeschlagenen Vorschrift als überflüssig und bemerkte: „Eine Schädigung des Versicherten, der in der Ueberzeugung, invalide zu sein, Rentenansprüche erhebe und während des Streitverfahrens keine Beiträge entrichte, sei schon durch die neue wirksame Vorschrift des § 1426 Abs. 2 des Entwurfs (d. i. § 1444 Abs. 2 des Gesetzes) ausgeschlossen, nach der sowohl für die Pflichtversicherung als auch für die freiwillige Versicherung die Zeit einer Beitrags- oder einer Rentenstreitigkeit in die Fristen der §§ 1424, 1425 des Entwurfs (d. i. §§ 1442, 1443 des Gesetzes nicht eingerechnet werde." Daraufhin wurde der neue § 1424a als überflüssig abgelehnt (Komm.Ber. IV S. 190 Abs. 3 a. E. und S. 191 Abs. 2). Auch hieraus ist zu entnehmen, daß der § 1426 Abs 2 des Entwurfs (§ 1444 Abs. 2 des Gesetzes) den Versicherten in jedem Falle davor schützen soll, seinen Rentenanspruch dadurch zu verlieren, daß er es unterläßt, während des Schwebens einer Beitragsstreitigkeit oder eines Rentenverfahrens Beiträge zu entrichten.

Allen Zweifel nach dieser Richtung muß schließlich ein Vergleich der bezeichneten Vorschriften der Reichsversicherungsordnung mit den entsprechenden Vorschriften des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) beseitigen. § 207 Abs. 2 des letzteren schreibt vor, daß Zeiträume, in denen eine Beitragsstreitigkeit (§§ 210, 211) oder ein Verfahren über einen Anspruch auf Ruhegeld oder Rente schwebt, in die Fristen der §§ 205, 206 nicht eingerechnet werden und § 206 handelt lediglich davon, daß freiwillige Beiträge nach Eintritt der Berufsunfähigkeit nicht entrichtet werden dürfen. Hier ist also der Eintritt der Invalidität ausdrücklich als eine Frist bezeichnet und in unzweideutiger Weise ausgesprochen, daß das Verbot der Entrichtung freiwilliger Beiträge nach Eintritt der Berufsunfähigkeit durch die — dem § 1444 Abs. 2 RVO. entsprechende — Vorschrift des § 207 Abs. 2 eine Einschränkung erleidet, d. h., daß hier eine Nachentrichtung von Beiträgen nach Eintritt der Berufsunfähigkeit zulässig ist. Beide Gesetze sind von dem gleichen sozialen Geiste getragen, und es ist schon an sich nicht anzunehmen, daß die nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherten Personen in der hier fraglichen Beziehung besser hätten gestellt werden sollen als die nach der Reichsversicherungsordnung versicherten. Daß zwischen beiden Gesetzen in dieser Hinsicht kein Unterschied hat gemacht werden sollen, bestätigt zudem die Begründung des Entwurfs zum Versicherungsgesetze für Angestellte, S. 143 Ziff. 5 bis 8, in der es zu den §§ 204 bis 206 des Entwurfs (§§ 205 bis 207 des Gesetzes) ausdrücklich heißt, daß die Vorschriften des Entwurfs über unwirksame Beiträge den Bestimmungen des Invalidenversicherungsgesetzes nachgebildet seien. Hiernach ist der Schluß gerechtfertigt, daß auch die Reichsversicherungsordnung in den Fällen des § 1444 Abs. 2 die Nachentrichtung von freiwilligen Beiträgen nach Eintritt der Invalidität hat zulassen wollen. Der Versicherte soll somit nach Beendigung der Beitragsstreitigkeit oder des Rentenverfahrens hinsichtlich der Erhaltung der Anwartschaft nicht schlechter gestellt sein, als er es bei Beginn des Verfahrens war. Allerdings soll durch die Beitragsstreitigkeit oder das Rentenverfahren nicht schlechthin eine Unterbrechung der Verpflichtung zur Beitragsleistung eintreten, vielmehr muß auch die Zeit während des Schwebens der Beitragsstreitigkeit oder des Rentenverfahrens bis zum Eintritt der Invalidität in dem zur Erhaltung der Anwartschaft vorgeschriebenen Umfange (§ 1280 RVO.) durch Beiträge gedeckt sein. Der Versicherte, der die Beitragsleistung während des Verfahrens unterläßt, soll aber die erforderlichen Beiträge nach Beendigung der Beitragsstreitigkeit oder des Rentenverfahrens in dem durch die §§ 1442 bis 1444 RVO. bestimmten Rahmen wirksam nachentrichten und dadurch die Anwartschaft auf Rente erhalten oder wiedererlangen können.

Da nach dem bisherigen Rechtszustande die nachträgliche Entrichtung freiwilliger Beiträge nach eingetretener Erwerbsunfähigkeit schlechthin unzulässig war (§ 146 IVG.), so ist die Vorschrift des § 1444 Abs. 2 RVO. für die Versicherten zweifellos günstiger. Es fragt sich jedoch noch, ob diese neue Vorschrift auch dann anzuwenden ist, wenn die Frist für die Nachentrichtung der zur Erhaltung der Anwartschaft erforderlichen Beiträge bereits vor dem 1. Januar 1912, dem Tage des Inkrafttretens der Vorschriften des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung abgelaufen, wenn insbesondere die Invalidität zwar während eines schwebenden Rentenverfahrens, aber bereits vor jenem Zeitpunkt eingetreten war. Vor ähnliche Fragen war das Reichsversicherungsamt bereits bei dem Inkrafttreten des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 gestellt, dessen § 193 eine dem Art 79 Einf.Ges. z. RVO. ähnliche Vorschrift enthielt (zu vgl. u. a. die Rev.Entsch. 873 und 874, Amtl. Nachr. 1901, S. 192 und 193). Damals ist beispielsweise anerkannt worden, daß die neue Vorschrift des § 46 Abs. 2 Ziff. 2 IVG., wonach der Bezug einer Unfallrente von mindestens 20 vom Hundert das Erlöschen der Anwartschaft hindert, wenn nicht gleichzeitig eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt wird, auch für Anwartschaftszeiträume gilt, die vor dem 1. Januar 1900 bereits abgelaufen waren. Leitend für diese Auffassung war der Gedanke, daß das Invalidenversicherungsgesetz in der Hauptsache nur ein ausbauendes, erläuterndes und fortbildendes Ergänzungsgesetz war und daß die von ihm gebrachten Erleichterungen nach der wohlwollenden Absicht des Gesetzgebers den Beteiligten in möglichst weitem Umfange zugute kommen sollten. Da die Erwägungen auch für die Reichsversicherungsordnung zutreffen, so erscheint es unter Berücksichtigung des mit § 1444 Abs. 2 RVO. verfolgten Zweckes an sich zulässig, den

Digitized by Google

Versicherten in dem oben dargelegten Rahmen jener Vorschriften die nachträgliche Entrichtung von Beiträgen auch dann zu gestatten, wenn die Invalidität vor dem 1. Januar 1912 im Laufe eines an diesem Tage noch schwebenden Rentenverfahrens oder einer Beitragsstreitigkeit eingetreten ist.

Dieser Auffassung steht nicht etwa der Art. 6 Einf.Ges. z. RVO. entgegen, wonach die vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bereits begonnenen, aber bei ihrem Inkrafttreten noch nicht vollendeten Fristen grundsätzlich den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung unterstellt sind. Er bezieht sich schon seinem Wortlaut nach nicht ohne weiteres auch auf Fristen, die bereits unter der Herrschaft des alten Rechtes abgelaufen waren. Außerdem hat Art. 6 Einf.Ges. z. RVO. solche nach bestimmten Zeitabschnitten bemessene Fristen im Auge, deren Versäumung den Verlust von Rechten nach sich zieht, insbesondere prozeßrechtliche Fristen, z. B. die Rechtsmittelfristen, die beim Inkrafttreten des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 mangels einer dem Art. 6 entsprechenden, den § 193 IVG. (Art. 79 Einf.Ges. z. RVO.) ergänzenden Vorschrift damals ebenfalls nach den günstigeren neuen Vorschriften zu beurteilen waren (zu vgl. Rev.Entsch. 795, Amtl. Nachr. 1900 S. 410). Dagegen hat man, wie auch die Begründung zum Art. 6 Einf.Ges. z. RVO. (S. 23) erkennen läßt, nicht daran gedacht, den Art. 6 etwa auch auf die dem Erwerb oder der Erhaltung eines sachlichen Rechts dienenden Fristen zu erstrecken und durch ihn etwa die im Art. 79 angeordnete Anwendung der günstigeren sachlichen Vorschriften wieder einzuengen. Der Art. 6 soll eine Vorschrift zugunsten und nicht zum Nachteil der Versicherten darstellen, wie sich schon daraus ergibt, daß immer die längere Frist — für den Rechtsverlust — maßgebend sein und dementsprechend das alte oder das neue Recht angewendet werden soll. Hier handelt es sich darum, ob eine Vergünstigung, die das neue Recht geschaffen und an einen bestimmten Tatbestand — den Eintritt der Invalidität erst im Laufe einer schwebenden Beitragsstreitigkeit oder eines Rentenverfahrens — knüpft, dem Versicherten auch dann zugute kommt, wenn dieser Tatbestand ganz oder zum Teil bereits unter der Herrschaft des alten Rechts verwirklicht ist. Diese Frage ist nach den obigen Ausführungen und im Hinblick auf die Vorschrift des Art. 79 Einf.Ges. z. RVO. zu bejahen.

Hiernach findet § 1444 Abs. 2 RVO. auf den vorliegenden Fall Anwendung. Das gegenwärtige Rentenverfahren schwebt seit dem 20. September 1910, hat also zu einer Zeit begonnen, als die Anwartschaft noch nicht erloschen war. Für das Erlöschen der Anwartschaft kommt übrigens nicht nur der durch Karte 14 bestimmte zweijährige Zeitraum vom 19. Februar 1909 bis dahin 1911, sondern auch der zweite zweijährige Zeitraum nach der am 23. Oktober 1906 erfolgten Ausstellung der Karte 13, die Zeit vom 23. Oktober 1908 bis zum 23. Oktober 1910, in Betracht. Auch für diesen sind nur die zehn Marken in Karte 14 verwendet. An sich ist also die Anwartschaft am 23. Oktober 1910 erloschen, sofern die Invalidität erst nach diesem Zeitpunkte eingetreten ist. Die Anwendung der Vorschrift des § 1444 Abs. 2 RVO. führt aber dazu, daß die Zeit des schwebenden, am 20. September 1910 eingeleiteten Rentenverfahrens von diesem Tage ab in die Frist zur Nachentrichtung freiwilliger Beiträge — nur solche können in Frage kommen, da der Kläger schon seit Ende 1907 eine versicherungspflichtige Beschäftigung nicht mehr gehabt hat — nicht eingerechnet wird. In demselben Umfang wie am 20. September 1910 kann der Kläger auch jetzt noch trotz der inzwischen eingetretenen Invalidität freiwillig Beiträge zur Erhaltung der Anwartschaft nachträglich entrichten.

Dem Kläger wird durch die Zurückverweisung der Sache an die Vorinstanz Gelegenheit gegeben, die zur Erhaltung der Anwartschaft fehlenden Beiträge noch im gegenwärtigen Verfahren nachzubringen. Seine Sache ist es, nunmehr unverzüglich die fehlenden Beiträge zu entrichten, damit sie vom Oberversicherungsamt bei der anderweiten Prüfung des Rentenanspruchs berücksichtigt werden können.

(Breithaupt, Sammlung v. Entsch.)

Dem mit seinem Rentenantrage durchgedrungenen Kläger hat die Versicherungsanstalt die Kosten des zur Glaubhaftmachung eingereichten Arztscheins zu ersetzen.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 9. November 1912.

Zu der dem § 120 IVG. vom Schiedsgericht gegebenen weitreichenden Auslegung bietet der Wortlaut dieser Vorschrift keinen Anhalt, diese Auslegung steht auch in Widerspruch zu dem in § 21 der Kaiserl. Verordnung, betr. das Verfahren vor den Schiedsgerichten vom 22. November 1900 ausgesprochenen Grundsatze, daß die unterliegende Partei der anderen ihre außergerichtlichen Kosten zu ersetzen hat. Dieser für das Berufungsverfahren ausdrücklich festgelegte Grundsatz, daß dem mit seinem Anspruche durchdringenden Rentenbewerber aus der sachgemäßen Wahrnehmung seiner Rechte keine Kosten entstehen sollen, erheischt eine entsprechende Anwendung auch für das Verfahren vor dem Versicherungsträger und zwar kann es dabei keinen Unterschied machen, ob es sich um freiwillig oder zur gesetzlich vorgeschriebenen Glaubhaftmachung vom Rentenbewerber aufgewendete Kosten handelt, sofern sie nur zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung geeignet waren (vgl. Handb. der Unf.-Vers. Anm. 2 a. E. zu § 71, Anm. 8 zu § 89 GUVG. Bd. I S. 485, 534, Anm. 5 zu § 21 der Verordnung, betr. das Verfahren vor den Schiedsgerichten, vom 22. November 1900 Bd. II S. 620). Bei Anwendung dieser aus dem Grundsatze der Kostenfreiheit des Verfahrens hergeleiteten Rechtsauffassung kann es nicht zweifelhaft sein, daß dem mit seinem Rentenanspruche durchgedrungenen Kläger die Kosten des von ihm eingereichten Arztscheins zu ersetzen sind. Denn diese Bescheinigung war ein notwendiger Bestandteil des neuen Rentenantrags, durch den das jetzige Rentenverfahren in Lauf gesetzt wurde. Auf die Richtigkeit des in ihr enthaltenen ärztlichen

Digitized by Google

Ausspruchs kommt es nicht an, da der Kläger im Endergebnis einen Erfolg erzielt hat (vgl. Rek.Entsch. 2281, Amtl. Nachr. 1908 S. 658). Somit steht hier nur noch in Frage, ob der Kläger in der Tat für die kurze gutachtliche Aeußerung des Dr. B. den Betrag von 15 M. gezahlt hat und ob eine Aufwendung in dieser Höhe nach Lage der Sache als angemessen zu erachten ist.

Obschon der Kläger in der Hauptsache unterliegt, war sein Kostenanspruch in diesem gemäß Art. 85, 94 Einf.Ges. z. RVO. noch nach den bisherigen Vorschriften zu erledigenden Verfahren der Nachprüfung des Revisionsgerichts nicht entzogen (vgl. Rek.Entsch. 2080, Amtl. Nachr. 1905 S. 213). Mithin war das angefochtene Urteil wegen unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechtes in bezug auf den Kostenerstattungsanspruch aufzuheben und die insoweit noch nicht spruchreife Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung in die Vorinstanz zurückzuverweisen.

Der Ausschluß der Revision nach § 1696 Nr. 1 RVO. erstreckt sich nicht auf eine Rentenentziehung.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 3. Januar 1913.

Da für den vorliegenden Streitfall nach Art. 94 Einf.Ges. z. RVO. die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung maßgebend sind, hatte das Reichsversicherungsamt zu prüfen, ob etwa durch § 1696 Nr. 1 dieses Gesetzes bei Rentenentziehungen die Revision deshalb ausgeschlossen ist, weil es sich dabei um das „Ende der Rente" handelt. Diese Frage war jedoch unbedenklich zu verneinen. Die betreffende Vorschrift im § 1696 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung bezieht sich nach der Ansicht des Revisionsgerichts vielmehr lediglich auf den Fall, daß der Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit und das Aufhören der Rente an sich unbestritten sind und es nur streitig ist, bis zu welchem in der Vergangenheit liegenden Zeitpunkte die Invalidität gedauert hat und bis wann demgemäß die Rente zu gewähren ist. Die Vorschrift hat also im wesentlichen die gleiche Bedeutung, die für das Verfahren in Unfallversicherungssachen der Vorschrift im § 1700 Nr. 2 RVO. zukommt. Dagegen muß sowohl aus allgemeinen Erwägungen wie mangels irgendeines aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes zu entnehmenden Anhalts (zu vgl. Begründung zum Entw. der Reichsversicherungsordnung S. 505 und Kommissionsbericht VI S. 193 bei § 1654) es als ausgeschlossen gelten, daß der Gesetzgeber so überaus wichtige Angelegenheiten wie die Entziehung von Invalidenrenten der Nachprüfung durch die höchste Instanz nicht hätte unterstellen wollen. Hiernach war die Revision zulässig.

(Rd) **Form des Anwartschaftsbescheids nach § 1743 RVO.**

Bescheid des **Reichsversicherungsamts.**

Eine Landesversicherungsanstalt hatte den Antrag einer Witwe, deren Ehemann 1912 verstorben, aber nach ihrer Ansicht bereits 1911 Invalide gewesen war, auf Erlaß eines Anwartschaftsbescheids abgelehnt, ohne der Witwe einen berufungsfähigen Bescheid zu erteilen. Die Witwe beschwerte sich beim Reichsversicherungsamt, welches die Landesversicherungsanstalt zum Bericht aufforderte. Diese rechtfertigte ihren Standpunkt durch Bezugnahme auf die Ausführungen „Ueber den Anwartschaftsbescheid nach § 1743 RVO." von Landesrat Dr. Brunn in der „Arb.-Versorgg. 1911" S. 678 ff. Das Reichsversicherungsamt ersuchte darauf die Landesversicherungsanstalt, der Witwe einen berufungsfähigen Bescheid zu erteilen, und führte aus:

„Das Reichsversicherungsamt vermag den vom Vorstande angeführten Darlegungen (in der ‚Arb.-Versorgg.' Jahrg. 1911 [Nr. 29] S. 678 f.) über die Form des Anwartschaftsbescheids nach § 1743 RVO. nicht zu folgen. Die hinterbliebene Witwe hat vielmehr einen berechtigten Anspruch darauf, daß möglichst bald nach dem Tode des Versicherten ihre etwaige dereinstige Witwenrente dem Grunde und der Höhe nach festgestellt wird. Eine solche Feststellung erscheint auch deshalb geboten, weil die erforderliche Sachaufklärung in einem späteren Zeitpunkt — Eintritt der Invalidität des Verstorbenen — häufig gar nicht oder nur mit großer Mühe wird erfolgen können. Schon diese Erwägungen führen dazu, daß der Witwe bei Ablehnung eines Anwartschaftsbescheides die üblichen Rechtsmittel zustehen müssen. Dies ergibt sich aber auch aus dem Gesetz. Nach § 1743 RVO. soll ‚die Höhe der Witwenrente festgestellt' werden, und die Form einer solchen Feststellung ist geregelt in den §§ 1630 und 1631 RVO. Demgemäß hat das Reichsversicherungsamt bereits in dem Rundschreiben wegen der Bestimmungen über die Art und Form der Rechnungsführung vom 30. Dezember 1911 — II 10266 — durch Beifügung des Bescheidmusters XVII (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 402 ff.) seine Auffassung von der Notwendigkeit der Erteilung eines berufungsfähigen Bescheids, ohne den der Zweck der Vorschrift im § 1743 RVO. nur unvollkommen erfüllt würde zu erkennen gegeben."

Anmerkung: Im Sinne dieser Entscheidung und gegen die Ausführungen von Dr. Brune hat sich inzwischen schon hier S. 149 Dr. Poeverlein geäußert.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Ausschluß eines Schadenersatzanspruchs wegen eigenen Verschuldens des Verletzten in der Trunkenheit.

Urteil des **Reichsgerichts,** 6. Zivilsenat, vom 16. Januar 1913.

Die Rüge der Revision, welche sich gegen die Annahme des Berufungsgerichts richtet, daß der Kläger seinen Sturz in den Keller selbst verschuldet habe, ist nicht begründet. Das Berufungsgericht hat als bewiesen angesehen, daß der Kläger sich durch Zusichnahme alkoholhaltiger Getränke in einen derartigen Zustand der Betrunkenheit und der Schwächung seiner Sinne versetzt habe, daß er unfähig gewesen sei, sich in dem erleuchteten, ihm auch

Digitized by Google

von früheren Besuchen her hinlänglich bekannten Hausflur des Hauses des Beklagten zurechtzufinden und die Warnung des Sohnes des Beklagten, der ihn unter dem Zurufe, das sei ja die Kellertür, am Rocke zurückzuziehen versuchte, zu verstehen. Wenn das Berufungsgericht in diesem Verhalten des Klägers eine Fahrlässigkeit erblickt hat, so ist diese Annahme rechtlich nicht zu beanstanden. Der Hinweis der Revision, daß der Kläger nur wenig Alkohol, nämlich nur vier kleine Glas Pilsner Bier und eine für ihn besonders angesetzte Bowle, zu sich genommen hatte, ist unerheblich. Der Kläger wußte, daß er alkoholische Getränke nicht vertragen konnte, er mußte also besondere Aufmerksamkeit darauf verwenden, daß er nicht mehr trank, als er ohne erhebliche Beeinträchtigung seines Bewußtseins vertragen konnte. Wenn er sich gleichwohl in den vom Berufungsgericht festgestellten Zustand versetzt hat, so hat er fahrlässig gehandelt und trifft ihn für die Folgen der von ihm in diesem Zustande begangenen Handlungen nach § 827 BGB. die Verantwortlichkeit in gleicher Weise, als wenn ihm bei der Vornahme der Handlungen Fahrlässigkeit zur Last fiele. (Warneyers Jahrb.)

Anmerkung: Die Entscheidung bezieht sich nicht auf Entschädigungsansprüche aus dem Reichsversicherungsrecht, sondern betrifft nur die Bedeutung eines mitwirkenden Verschuldens des Verletzten für seinen Anspruch aus dem bürgerlichen Recht (§ 254 BGB.). Versicherungsrechtlich kann bekanntlich „Trunkfälligkeit" nur als Grund für die Versagung des Krankengeldes nach § 6a Abs. 1 Ziff. 2, § 26a Abs. 2 Ziff. 2 KVG. (nicht mehr künftig nach der RVO. § 192!) in Betracht kommen. Immerhin ist die vorstehende Entscheidung auch für die Versicherungsträger von Interesse wegen der auf sie übergehenden Ansprüche der Versicherten gegen schuldige Dritte (§ 57 Abs. 4 KVG., § 140 GUVG., § 54 JVG., § 1542 RVO.).

F. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungsfreiheit von Angestellten der Berufsgenossenschaften.

Erlaß des **Reichskanzlers** vom 11. Februar 1913.

Auf Grund des § 9 Abs. 3 AVG. bestimme ich für die von dem Reichsversicherungsamte beaufsichtigten Berufsgenossenschaften, daß bei den nachfolgend bezeichneten Angestellten die Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenrente (§ 9 Abs. 1 a. a. O.) als gewährleistet anzusehen ist:

1. bei den unkündbar Angestellten, auch wenn sie den Anspruch auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente erst nach einer bestimmten Dienstzeit erwerben;

2. bei Angestellten, die bereits Ansprüche auf Ruhegeld und Hinterbliebenenfürsorge haben und denen nur aus einem wichtigen Grunde gekündigt werden kann, wenn ihnen nach der Dienst- und Ruhegehaltsordnung

a) im Falle der Kündigung aus einem wichtigen, aber nicht disziplinaren Grunde Ruhegeld und Hinterbliebenenrente im Betrage des niedrigsten Satzes der Leistungen der Angestelltenversicherung nach § 9 Abs. 1 a. a. O. gewährt werden,

b) bei einer Kündigung infolge Aenderung im Bestande der Genossenschaft oder in ihrer Geschäftsverwaltung eine der bisherigen gleichwertige Stellung bei einer anderen Berufsgenossenschaft angeboten wird.

Die bezeichneten Klassen der Angestellten sind hiernach versicherungsfrei.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

(H.) **Staatsminister a. D. Freiherr v. Berlepsch,** der eifrige, warmherzige, weitschauende und tatkräftige Vorkämpfer, Förderer und Anreger deutscher Sozialpolitik, beging am 30. März d. J. in geistiger und körperlicher Frische seinen 70. Geburtstag. Die Wirkung seiner unermüdlichen sozialen Arbeit reicht weit hinaus über Preußen, dem er als Handelsminister diente, und über die Grenzen des Reichs, dessen Arbeiterschutzgesetzgebung er in maßgebendster Weise beeinflußte. Er leitete die erste internationale Arbeiterschutzkonferenz und regte den Sinn für dieses neue Betätigungsgebiet des Staates und der Gesellschaft auch in anderen Kulturstaaten an. Als er, mißverstanden und beargwöhnt von rechts und links, im Jahre 1896 aus dem Amte schied, glaubte er keineswegs genug getan zu haben. Er gründete die „Gesellschaft für soziale Reform", als deren Vorsitzender er noch verdienstlich wirkt und deren Organ, die „Soziale Praxis", einer weitherzigen und vernünftigen, auch widerstreitende Interessen billig abwägenden Sozialpolitik dient, sowie die „Internationale Vereinigung für gesetzlichen Arbeiterschutz". Wir wünschen, daß diesem Herold ausgleichender Gerechtigkeit noch lange Freude an seinem Lebens- und Friedenswerk beschieden sei.

(H.) **Tagegelder und Reisekosten bei der Angestelltenversicherung.**

Nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte erhalten die nicht beamteten Mitglieder des Direktoriums und die des Verwaltungsrats für ihre Teilnahme an Sitzungen Tagegelder und Vergütung der Reisekosten nach festen Sätzen, die vom Reichskanzler bestimmt werden. Infolgedessen hat der Reichskanzler nunmehr die Höhe des Tagegeldes auf 18 M. festgesetzt. Für die Reisekosten wird eine Vergütung gewährt nach den für die vortragenden Räte der obersten Reichsbehörden geltenden Sätzen. Das gleiche gilt für die Ersatzmänner. Auch die Beisitzer der Rentenausschüsse, der Schiedsgerichte und des Oberschiedsgerichts erhalten nach dem

Digitized by Google

Angestelltenversicherungsgesetz Ersatz der baren Auslagen und als Entschädigung für den Zeitverlust oder entgangenen Arbeitsverdienst einen Pauschalbetrag. Dieser letztere ist vom Reichskanzler jetzt für die Beisitzer des Oberschiedsgerichts auf 6 M., die der Schiedsgerichte auf 5 M. und die der Rentenausschüsse auf 4 M. festgesetzt. Ersatzmänner erhalten die gleichen Beträge.

(H.) Der „Versicherungsamtmann".

Wir haben uns in Arb.-Versorgg. 1912 S. 808 Ziff. 16 dahin geäußert, daß — reichsrechtlich, nach der Reichsversicherungsordnung — kein Bedenken bestehe, daß die städtischen Behörden den ständigen Stellvertreter des Vorsitzenden des Versicherungsamts ermächtigen und anweisen, die Amtsbezeichnung „städtischer Versicherungsamtmann" zu führen. Ein entsprechender Beschluß der Stadtverordnetenversammlung von Offenbach wurde jedoch vom Kreisamt beanstandet und vom Provinzialausschuß aufgehoben, weil nach § 39 RVO. nur die Amtsbezeichnung „Stellvertreter des Vorsitzenden des Versicherungsamts" zulässig sei. Wir halten das für unrichtig. § 39 handelt von der Bestellung solcher Stellvertreter, drückt aber in keiner Weise aus, daß die Inhaber dieser Stellen die erwähnte Bezeichnung zu führen haben und daß eine sachlich zutreffende, kürzere und für den Gebrauch im Verkehr mit Behörden und Publikum geeignetere Amtsbezeichnung unzulässig sei. Nur unter diesem Gesichtspunkte, nicht um der lieben Eitelkeit einiger titelsüchtiger Beamten willen, ist die Frage überhaupt der Erörterung wert.

(H.) Volksversicherung.

Hierüber enthält das Märzheft der „Neuen Rundschau" (Berlin, S. Fischer) interessante Mitteilungen und Ausführungen von Edmund Fischer. Nach einem kurzen Rückblick auf die Entwicklung der Gemeinschaften zur gegenseitigen Hilfe in der Geschichte der Menschheit wird anerkannt, daß die deutsche Sozialversicherung „ein großes und schönes Gebäude menschlicher Solidarität" darstelle; aber allen Nöten der besitzlosen Massen werde sie nicht im entferntesten gerecht: Dann heißt es:

„Kapitalistische Gesellschaften haben sich die Lücken in der Volksfürsorge zunutze gemacht. Im kapitalistischen Musterlande England, wo die staatliche Versicherung bisher fehlte, hatte im Jahre 1907 die Volksversicherung bei 16 kapitalistischen Versicherungsgesellschaften 26858618 Policen mit einer Versicherungssumme von 5350 Mill. M. aufzuweisen. England wird aber noch überflügelt von Nordamerika, wo im gleichen Jahre bei 8 Versicherungsgesellschaften insgesamt 17696993 Policen mit einer Versicherungssumme von 9800 Mill. M. gezählt worden sind. Recht bescheiden nimmt sich diesen Ländern gegenüber die Volksversicherung in Deutschland aus. Aber immerhin konnten im Jahre 1911 die 24 deutschen Versicherungsgesellschaften 8300000 Policen verzeichnen und eine Versicherungssumme von 1730 Mill. M., wovon allein 800 Mill. M. auf die Gesellschaft „Viktoria" und 430 Mill. M. auf die Gesellschaft „Friedrich Wilhelm" entfallen. Jeder achte Deutsche ist im Besitze einer Lebensversicherungspolize. Und allein im Jahre 1911 sind 1161143 Neuabschlüsse gemacht worden.

Groß, ungeheuer groß sind die Gewinne dieser Gesellschaften. Erzielte doch die „Viktoria" im Jahre 1911 einen Gesamtüberschuß von 36387066 M., wovon 15831687 M. auf die Volksversicherung entfallen! Einen Gewinn von 8496809 M. konnte die „Friedrich Wilhelm" verzeichnen. Die glücklichen Aktionäre der „Viktoria" erhielten im Jahre 1911 pro Aktie 390 M. ausbezahlt, gegen 156 M. im Jahre 1888. Und der Direktor dieser Gesellschaft bezieht neben einem Gehalt von 60000 M. eine Tantieme von zwei Prozent, so daß er im Jahre 1911 sich eines Einkommens von 780000 M. erfreuen konnte.

Wie ganz anders aber ist das Bild der Versicherten! Nur die Hälfte von dem, was sie in den Jahren 1908, 1909 und 1910 eingezahlt hatten, erhielten die Versicherten der „Viktoria" in dem gleichen Zeitraum zurück. Noch ungünstiger ist das Resultat bei der Gesellschaft „Friedrich Wilhelm". Von 62½ Mill. M. Beiträgen flossen nur 18 Mill. an die Versicherten zurück. Und weil sie infolge ihrer schlechten sozialen Verhältnisse nicht imstande waren, ihre Versicherung aufrecht zu erhalten, gingen in den drei Jahren bei den zwei Gesellschaften nicht weniger als 666543 Personen ihres Versicherungsanspruchs verlustig, verloren also das sauer verdiente Geld, das sie bereits eingezahlt hatten. Wie groß die Summen sind, die diese Leute an Prämien verloren haben, läßt sich leider nicht feststellen. Besser liegen die Verhältnisse auch bei den andern Gesellschaften nicht."

Hier, so wird weiter ausgeführt, geschehe ein grenzenloses Unrecht, und jeder aufrichtige Freund des Volkes müsse es begrüßen, daß die Arbeiter endlich zur Selbsthilfe schritten . . . „Eine neue Tat der Selbsthilfe haben die starken Organisationen der Arbeiter nun wieder in Angriff genommen. Einstimmig faßte der neunte Genossenschaftstag des Zentralverbandes deutscher Konsumvereine, der vom 15. bis 19. Juni 1912 in Berlin tagte, den Beschluß, die Volksversicherung ihres kapitalistischen Erwerbscharakters zu entkleiden und auf die Basis der Solidarität zu stellen. Juristische Gründe haben dazu geführt, der neuen Brüderschaft die Form einer gewerkschaftlich-genossenschaftlichen Versicherungsaktiengesellschaft zu geben. Sie hat den schönen Namen „Volksfürsorge" erhalten und ist am 16. Dezember 1912 in Hamburg vor einem Notar gegründet worden. Das Aktienkapital von 1 Mill. M. haben in gleichen Teilen die Genossenschaften und die Gewerkschaften der Arbeiter eingezahlt. Neben der Lebensversicherung wird auch eine Sparversicherung eingeführt, welche das Sparen in Beträgen von 10 Pf. ab ermöglichen soll. Der gesamte Gewinn wird zugunsten der Versicherten verwendet werden."

Dies sei, wie der Verfasser ausführt, praktischer Sozialismus im Sinne des Zusammenschlusses der Einzelkräfte zu gemeinsamer, geregelter Arbeit. Nur völlige Verkennung des Wesens der Genossenschaften und gänzliche Verkennung der Psyche der Arbeiter könne aber den Glauben aufkommen lassen, daß die Mittel der „Volksfürsorge" auch für Zwecke der sozialdemokratischen Partei verwendet werden könnten. Kein Mitglied werde die Verwendung seiner Spargelder zu Parteizwecken dulden. Eine parteipolitische Färbung habe die Frage der Volksversicherung erst erhalten durch die von Politikern der bürgerlichen Parteien, von „ängstlichen Rettern der bürgerlichen Gesellschaft" mit dem Gelde von 30 privaten Versicherungsgesellschaften ins Leben gerufene Gegengründung der „Deutschen Volksversicherung A.-G.". Was der Arbeiter verlange, sei: Selbständigkeit. Diesem Streben komme die Genossenschaft entgegen. „Und alle guten Geister stehen den Arbeitern zur Seite!"

Digitized by Google

Sprechsaal.

Können Versicherungsvertreter wegen Versäumung von Sitzungen schadenersatzpflichtig gemacht werden?

Hierüber schreibt uns Amtsgerichtsrat Hahn in Zehlendorf (Berlin):

Nach §§ 53, 76, 95 RVO. können die Vorsitzenden der Versicherungsbehörden gegen Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten, die sich der Erfüllung ihrer Pflichten entziehen, Geldstrafen verhängen. Das gilt insbesondere auch, wenn ein Vertreter schuldhaft eine Sitzung versäumt. Wenn durch solche Versäumnis die Aufhebung eines Termins notwendig wird, so können dadurch die Parteien — Versicherte wie Versicherungsträger — unter Umständen erheblich geschädigt sein, namentlich z. B. durch die unnütze Aufwendung von Reisekosten für Wahrnehmung des Termins. Es entsteht die Frage, ob der schuldige Versicherungsvertreter zum Ersatz dieses Schadens angehalten werden kann. Im „Kompaß" (1913 Nr. 5 S. 50) wird die Frage von Assessor Fricke erörtert und bejaht auf Grund des § 823 BGB. Nicht freilich Abs. 1, wohl aber Abs. 2 sei anwendbar. Nach dieser Vorschrift nämlich ist schadenersatzpflichtig, wer schuldhaft gegen ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz verstößt. Ein solches „Schutzgesetz" ist allerdings nicht schon eine Vorschrift, durch die ein Verhalten lediglich mit einer Ordnungsstrafe bedroht wird (vgl. besonders Entsch. d. Reichsger. in Zivils. 63 S. 54 und 72 S. 411). Aber — so meint Fricke — der § 53 Abs. 2 RVO. (§§ 76, 95) sei nicht „lediglich" eine Ordnungsvorschrift, sondern bezwecke „auch", die Versicherungsträger und Versicherten vor Schaden zu schützen.

Für diese Behauptung, die den Kernpunkt der Frage bildet, ist irgendein Beweis nicht erbracht. Die Ausführungen gehen im wesentlichen nur dahin, daß es doch unbillig — oder, wie Fricke es ausdrückt — „merkwürdig" wäre, „wenn die Verletzten keine gesetzlichen Mittel hätten, um einen Ersatz für die Reisekosten und sonstigen Versäumnisse von den Versicherungsvertretern zu erlangen". Das ist selbstverständlich eine ganz ungenügende Erwägung gegenüber dem Gesetze, das als Voraussetzung eines Schadenersatzanspruchs ausdrücklich aufstellt, daß „ein den Schutz eines anderen bezweckendes Gesetz" verletzt sein muß (§ 823 Abs. 2 BGB.). In zahlreichen Entscheidungen hat das Reichsgericht ausgesprochen, daß im Sinne dieser Vorschrift wesentlich ist, daß die verletzte Rechtsnorm „bestimmte Einzelinteressen" oder doch neben dem Interesse der Allgemeinheit „auch" bestimmte Einzelinteressen zu schützen bezweckt (vgl. z. B. Entsch. 79 S. 91, 92 und die dort angeführten Stellen). Als eine solche Norm kann § 53 Abs. 2 RVO. nicht angesehen werden. Die §§ 53, 76, 95 stehen unter den Vorschriften über die Zusammensetzung der Versicherungsbehörden, betreffen also die innere Organisation. Nach § 53 Abs. 1 verpflichtet der Vorsitzende die Versicherungsvertreter vor ihrer ersten Dienstleistung auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Pflichten. Pflichten können dem Vertreter allerdings nicht nur gegenüber der Behörde, der er zugeteilt ist, und somit gegenüber der Allgemeinheit obliegen, sondern auch gegenüber Dritten, zu denen er durch seine Amtspflicht in eine Beziehung tritt (vgl. bezüglich der „Beamten" im eigentlichen Sinne: § 839 Abs. 1 BGB. und Entsch. d. Reichsger. 78 S. 243 ff.). Ein Versicherungsvertreter, der in einer Spruchsache z. B. wider seine Ueberzeugung urteilte, würde dadurch nicht nur seine allgemeine Amtspflicht, sondern auch seine besondere Pflicht gegen die Partei und somit ein „bestimmtes Einzelinteresse" verletzen. Seine Teilnahme an der Sitzung aber ist nur eine Pflicht gegen die Allgemeinheit, gegen die Behörde, der er zugeteilt ist. Dadurch, daß er sich dieser Pflicht „entzieht", verletzt er ebensowenig ein bestimmtes Einzelinteresse, wie wenn er die Wahl zum Vertreter grundlos ablehnt (vgl. § 51). Daß im Einzelfalle hierdurch für die Beteiligten ein Schade entstehen kann, beweist nicht, daß der Gesetzgeber durch die Strafandrohung in § 53 Abs. 2 den Schutz der Beteiligten vor solcher Schädigung „bezweckt", ja daß er sich auch nur die Möglichkeit eines Schutzbedürfnisses bestimmter Einzelinteressen überhaupt vergegenwärtigt habe, zumal doch meist oder oft, wenn der eine Vertreter sich seiner Pflicht entzieht, durch Herbeiholung eines anderen Abhilfe zu schaffen sein wird; und die Stellung des § 53 im System der RVO., unter den organisatorischen Vorschriften, weist darauf hin, daß die Strafandrohung nur auf die Sicherung des allgemeinen Interesses an der Aufrechterhaltung eines ordnungsmäßigen Geschäftsganges bei der Behörde abzielt.

Schließlich ist nicht einmal anzuerkennen, daß die gegenteilige Auffassung der Billigkeit entsprechen würde. Nach dem Entwurf (§ 61) sollte schon bestraft werden können, wer sich ohne genügende Entschuldigung nicht rechtzeitig zur Sitzung einfindet. Die jetzige, von der Kommission beschlossene engere Fassung schließt das aus (Komm Ber. I S. 132 mit S. 16 zum entsprechenden § 17 Entw., jetzt § 19). Nur wer sich seiner Pflicht „entzieht", d. h. sie überhaupt nicht erfüllt, also z. B. eine Sitzung ganz versäumt, ist strafbar, sofern ihm nur überhaupt ein Verschulden zur Last fällt. Auch ein fahrlässiges Verhalten kann, je nach Umständen, einen Verstoß gegen § 53 Abs. 2 darstellen. (Ebenso Fricke.) Wäre ein solcher im Einzelfall anzunehmen, so käme es bei Anwendung des § 823 Abs. 2 BGB. auf den Grund des Verschuldens nicht weiter an; und der Arbeiter, der infolge eines Versehens den einzigen in Betracht kommenden Zug versäumt und nicht, wie vielleicht ein Arbeitgeber im gleichen Falle, noch durch Benutzung eines Kraftwagens die Teilnahme an der Sitzung ermöglichen kann, würde in gleichem Umfange haftbar sein, wie ein Arbeitgeber, der die Sitzung absichtlich versäumt, weil er eine geschäftliche Abhaltung hat, die ihn für jede mögliche Schadenshaftung vielleicht zehnfach schadlos hält!

Beantwortung von Anfragen.

Der Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber die Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Die Kasse darf nicht jedem Mitglied ohne Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand Bäder bewilligen.

1. Nach Hartha. Frage: Vom Gesamtvorstand der Kasse wurde vor längerer Zeit der Beschluß gefaßt, den Kassenmitgliedern zu Gesundheitszwecken jährlich drei Bäder aus Kassenmitteln zu bewilligen. Ist dies zulässig? Wen würde die Verantwortung treffen, wenn z. B. ein Kranker durch das ihm von der Kasse gewährte Bad einen Schaden an seiner Gesundheit erleiden würde, z. B. wenn

Digitized by Google

ein Herzkranker, wie es schon vorgekommen ist, im Dampfbad einen Schlaganfall erleidet? Können die Kassenbeamten, die auf Grund des Vorstandsbeschlusses die Scheine dazu ausstellen müssen, für den Schaden verantwortlich gemacht werden?

Antwort: Die Krankenkasse darf Pflege- und Heilmittel nur im Krankheitsfalle gewähren, d. h. nur dann, wenn wirklich ein krankhafter Zustand vorhanden ist. Das wird man freilich schon dann annehmen dürfen, wenn es sich darum handelt, den Ausbruch einer drohenden Krankheit zu verhüten, der sicher zu erwarten steht, wenn keine Vorbeugungsmaßregeln getroffen werden. In dieser Absicht können auch von Fall zu Fall Bäder bewilligt werden. Nicht aber ist es zulässig, allgemein jedem Mitglied ohne Rücksicht auf seinen Gesundheitszustand Anspruch auf eine bestimmte Anzahl von Bädern im Jahre zu gewähren, mögen diese auch noch so nützlich sein. Denn derartige allgemeine hygienische Aufgaben sind nicht Zweck der Reichskrankenversicherung. Hierfür dürfen daher keine Kassenmittel verwendet werden (§ 29 Abs. 2 RVG.), und der Vorstand, der sie für solche Bäder verausgabt, muß den Betrag der Kasse erstatten. Uebrigens ist auch der hygienische Wert von drei Bädern im Jahre sehr gering. Hingegen haftet der Vorstand als der Beamte dem Mitglied nicht, wenn diesem ein bewilligtes Bad schadet; denn die Bäder werden ohne ärztliche Anordnung genommen, und daher muß jedes Mitglied die Gefahr gesundheitsschädlicher Folgen selbst tragen.

Der Bezug von Krankenunterstützung beim Eintritt der Erwerbslosigkeit schließt einen späteren Anspruch aus § 28 KVG. nicht aus.

2. Nach Hemer. Frage: Ein am 11. November 1912 bei unserer Kasse eingetretenes Mitglied meldete sich am Tage der Entlassung aus der Arbeit am 18. Dezember 1912 krank und wurde dieserhalb auf Kosten der Kasse vom 18. Dezember 1912 bis zum 6. Januar 1913 im hiesigen Krankenhause verpflegt. Am 6 Januar 1913 wurde es als gesund aus dem Krankenhause entlassen und ging auf die Walze. Am 11. Januar 1913 wurde das Mitglied in L. ins Krankenhaus gebracht, wo es bis zum 21. Januar 1913 verblieb. Ist unsere Kasse verpflichtet, für die Kosten des neuen Erkrankungsfalles aufzukommen? Wenn die dreiwöchige Frist des § 28 KVG. vom 6. Januar ab zu rechnen ist, so könnte der Fall eintreten, daß eine Krankenkasse ein Mitglied überhaupt nicht mehr los würde.

Antwort: Nach § 54a KVG. dauert im Falle der Erwerbsunfähigkeit die Mitgliedschaft während des Bezugs von Krankenunterstützung an. Der Arbeiter blieb also bis zum 6. Januar 1913 Mitglied der Kasse, da er bis dahin auf deren Kosten sich im Krankenhause befand. Infolgedessen lief die dreiwöchige Frist des § 28 KVG. erst am 27. Januar ab, und jener hat Anspruch auf Krankenunterstützung, wenn er vom 6. bis 11. Januar erwerbslos war. Die von uns hier vertretene Ansicht ist auch die in der Rechtsprechung herrschende. Hingegen will, wie bemerkt sei, eine Entscheidung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes (Arb.-Versorgg. XXIII S. 658) § 28 nur dann angewendet wissen, wenn gleichzeitig mit dem Eintritt der Erwerbslosigkeit auch das Ausscheiden aus der Kasse erfolgt, und nicht erst später, weil die Mitgliedschaft gemäß § 54a Satz 2 auch nach Eintritt der Erwerbslosigkeit andauerte. Diese — jedoch nur vereinzelt vertretene — Auffassung würde in Ihrem Falle eine Verpflichtung der Kasse, der Armenverwaltung in L. Ersatz zu leisten, ausschließen. Die Besorgnis, daß nach der herrschenden Ansicht die Kasse unter Umständen erwerbslose Mitglieder nie wieder los werde, ist unbegründet Denn Unterstützung ist nur zu gewähren für Krankheitsfälle, die innerhalb drei Wochen nach dem Ausscheiden eintreten, und diese Frist wird etwa nicht durch die Erkrankung unterbrochen. Wer nach seinem Ausscheiden erkrankt, hat bei Erwerbslosigkeit nur Anspruch auf Unterstützung, er wird aber nicht durch diese von Neuem Mitglied; § 54a Satz 2 kann nicht analog angewendet werden (vgl. Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz 6. Aufl. Anm. 1d und e zu § 28).

Erneute Erwerbsunfähigkeit nach wenigen Tagen infolge derselben Krankheitsursache und Wechsel des Beschäftigungsortes.

3. Nach Siegen. Antwort: Nach § 54a KVG. dauert die Mitgliedschaft während des Bezuges von Krankenunterstützung fort, das heißt, solange ein Anspruch darauf besteht. Ob die Unterstützung tatsächlich gewährt wird, darauf kommt es nicht an. (Vgl. Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz 1909 S. 295). Hat also der Arzt den R, da er von W. nach A. umzog, zu Unrecht gesund geschrieben, obwohl er in Wahrheit noch erwerbsunfähig war, so müßte allerdings die Kasse in W. die Krankenunterstützung gewähren. Es ist ja auffällig, daß R. in W. am 30. Dezember geheilt, in A. am 2. Januar aber wieder arbeitsunfähig gewesen sein soll. Immerhin ist es doch nicht ausgeschlossen, daß der Finger tatsächlich ziemlich heil war, sich jedoch nachher, vielleicht weil ihn R. beim Umzuge zu sehr anstrengte, von neuem verschlimmerte. Wenn das letztere zutrifft, also R., wenn auch nur wenige Tage, erwerbsfähig war, so verlor er, weil er die Beschäftigung in W. aufgab, die Mitgliedschaft der Kasse in W., so daß diese nicht unterstützungspflichtig wäre, obwohl die abermalige Erkrankung auf derselben Ursache beruhte wie die erste. Ohne den Arzt zu hören, läßt sich die Entscheidung demnach nicht treffen.

Kein Recht der Ersatzmänner auf Teilnahme an den Sitzungen des Vorstandes, solange dieser vollständig ist.

4. Nach Frankfurt a. M. Antwort: Ein Ersatzmann wird gewählt, um zu verhüten, daß in dem Vorstand eine Lücke eintritt, wenn eines seiner Mitglieder an der Ausübung seines Amtes verhindert ist. Nur für diesen Fall hat er die Rechte und Pflichten des von ihm ersetzten Vorstandsmitgliedes. Daher ist der Ersatzmann nicht berechtigt, an den Vorstandssitzungen teilzunehmen, solange noch keine Vakanz besteht. Wohl aber kann der Vorstand es ihm gestatten; nur ein Stimmrecht kann ihm nicht gewährt werden.

Art. 18 Einf.Ges. z. RVO. (Antrag bestehender Kassen auf Zulassung) enthält zwingendes Recht.

5. Nach Beierfeld i. Sa. Antwort: Die Vorschriften des Art. 18 Einf.Ges. z. RVO. sind zwingender Natur. Dies ergibt sich aus der Wahl des Wortes „kann". Würde es sich nur um sogenannte Ordnungsvorschriften handeln, so würde es „soll" heißen. Der Gesetzgeber wollte bestimmen, daß auf jeden Fall die Versicherten oder ihre Vertretungen gehört werden müßten. Ein Antrag, der ohne Erfüllung dieser Voraussetzung gestellt worden ist, muß schon aus diesem Grunde zurückgewiesen werden. Das gilt für die Betriebskrankenkassen (Art. 18 Abs. 2) ebenso, wie für die Ortskrankenkassen. Allerdings besteht ein wichtiger Unterschied. Bei der Ortskrankenkasse ist erforderlich, daß deren Generalversammlung mit einfacher Stimmenmehrheit die Aufrechterhaltung der Kasse beschließt, hier haben also die Versicherten eine beschließende Stimme. Hingegen müssen bei der Betriebskrankenkasse (und auch der Innungskrankenkasse) die Versicherten nur angehört werden, so daß, auch wenn diese gegen die Aufrechterhaltung sich erklärt haben, trotzdem der Antrag des Arbeitgebers zulässig ist; hier haben also die Versicherten nur beratende Stimme; werden sie aber gar nicht angehört, so ist der Antrag unzulässig. Bemerkt sei, daß dieser Antrag gemäß Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 Art. 6 nur bis

Digitized by Google

zum 31. Dezember 1912 beim zuständigen Versicherungsamt gestellt werden konnte.

Kann der Anspruch auf Unterstützung fortbestehen, wenn das Mitglied gesund geschrieben und von der Kasse abgemeldet worden ist?

6. **Nach Posen.** Antwort: Die Entscheidung des Falles ist davon abhängig, ob der Arbeiter bei seiner Abmeldung von der Kasse erwerbsunfähig war oder nicht. Nach § 54a KVG., der gemäß § 73 KVG. auch für Innungskrankenkassen gilt, dauert die Mitgliedschaft während des Bezuges von Krankenunterstützung fort. Hierbei kommt es nicht darauf an, ob diese tatsächlich gewährt wird, sondern es genügt, wenn ein Anspruch auf sie besteht (vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz Anm. b zu § 54a). Er besteht aber im Falle der Erwerbsunfähigkeit und geht auch nicht dadurch unter, daß die Landesversicherungsanstalt zwecks Durchführung eines Heilverfahrens das Mitglied in eine Anstalt bringt. Nur muß während des Heilverfahrens nach § 1518 RVO. die Versicherungsanstalt dem Kranken das gewähren, was ihm seine Kasse nach Gesetz und Satzung zu leisten hätte. In dem Augenblick, da die Entlassung aus dem Krankenhause erfolgt, muß demnach die Kasse wieder die Unterstützung gewähren, vorausgesetzt, daß tatsächlich Erwerbsunfähigkeit ununterbrochen bestanden hat. Hierüber gehen im vorliegenden Falle die Ansichten des Kassenarztes und des Krankenhausarztes auseinander.

Muß die Kasse Familienunterstützung gewähren, wenn das Mitglied von der Versicherungsanstalt in einem Krankenhaus untergebracht wird?

7. **Nach Posen.** Antwort: Die Angehörigen des Kassenmitgliedes können während der Zeit, während deren das von der Versicherungsanstalt angeordnete Heilverfahren andauert, von der Kasse überhaupt keine Unterstützung fordern. Vielmehr hat die Versicherungsanstalt für die Dauer des Verfahrens nach § 1518 RVO. selbst die Leistungen zu gewähren, zu denen an sich die Kasse verpflichtet wäre. Sie also hat die Angehörigenunterstützung, jetzt Hausgeld genannt, zu gewähren. Die Kasse braucht der Anstalt als Ersatz auch nur das Krankengeld zu erstatten, das der Kranke für sich selbst zu beanspruchen hätte, also nicht das Hausgeld, das seinen Angehörigen zufällt. In dem früher maßgebenden § 18 Abs. 3 Satz 2 IVG. stand ausdrücklich, daß die Kasse nur in Höhe desjenigen Krankengeldes Ersatz zu leisten hätte, welches der Versicherte von der Kasse für sich zu beanspruchen hätte. Die Worte „für sich" fehlen freilich in dem entsprechenden § 1518 Abs. 2 RVO. Allein, es ist anzunehmen, daß eine sachliche Aenderung damit nicht bezweckt ist. Denn die Gründe, die gegen den Anspruch der Versicherungsanstalt auf Erstattung der Angehörigenunterstützung sprechen, bestehen auch unter der Herrschaft des neuen Rechts fort. Die Krankenhausbehandlung, die den Anspruch auf Hausgeld zur Folge hat, hängt lediglich vom Ermessen der Kasse ab. Hingegen tritt das Heilverfahren ohne und sogar gegen ihren Willen ein, es wird lediglich von der Versicherungsanstalt angeordnet. Diese kann aber der Kasse eine Leistung, die von der Kasse nur freiwillig übernommen zu werden braucht, niemals zur Pflicht machen. Hinzu kommt, daß § 1518 Abs. 2 RVO. die Ersatzpflicht der Kasse auf das Krankengeld beschränkt und daß die Reichsversicherungsordnung in die Bezeichnung Krankengeld das Hausgeld nicht mit einbegreift, sondern sogar in Gegensatz zueinander stellt, z. B. in § 194. Daher ist Krankengeld stets eine Unterstützung, die der Kranke für sich selbst erhält, und die Worte „für sich" konnten demnach in § 1518 Abs. 2 RVO. fortfallen. Daß § 194 RVO. noch nicht in Kraft getreten ist, verschlägt nichts; denn er wurde nur für die Terminologie der Reichsversicherungsordnung hier herangezogen. Für das alte Recht vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz 1909 S. 477. Bemerkt sei noch, daß für die Ersatzpflicht der Kasse es unerheblich ist, ob mit oder ohne ihr Wissen die Versicherungsanstalt die Krankenhausfürsorge angeordnet hat. Voraussetzung ist nur Erwerbsunfähigkeit des Kassenmitgliedes infolge Krankheit.

Neue gemeinsame Innungskrankenkassen können nicht errichtet werden.

8. **Nach Bützow.** Antwort: § 250 RVO. sagt: „Eine Innung kann für die ihr angehörigen Betriebe ihrer Mitglieder eine Innungskrankenkasse errichten." Die Regel ist also, daß diese nur für eine Innung besteht. Eine gemeinsame Kasse für mehrere Innungen ist nur in dem Ausnahmefall des § 256 Abs. 2 zulässig, d. h., wenn sie bereits „vor Inkrafttreten dieses Gesetzes, also vor dem 1. Januar 1912 bestand. Dagegen können solche gemeinsamen Innungskassen nicht mehr neu errichtet werden. Ebenso Hahn, Handbuch der Krankenversicherung Anm. zu § 256 RVO.; Stier-Somlo, RVO. Anm. 3 zu § 256.

Verpflichtungen der Krankenkasse im Falle einer Schwangerschaft und eines Wochenbettes. Ersatzanspruch gegen den Schwängerer.

9. **Nach Hachenburg.** Frage: Ein etwa 17jähriges weibliches Mitglied einer Ortskrankenkasse, welches unverheiratet ist, wird vom Arzte wegen vorgeschrittener Schwangerschaft krank und arbeitsunfähig geschrieben; ist in diesem Falle die Kasse zur Tragung der Kosten verpflichtet? Schwangerschaftsbeschwerden sind unseres Erachtens ein natürlicher Zustand und keine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes. Müssen wir ferner in diesem Falle Wöchnerinnenunterstützung zahlen? Können wir den Vater des Kindes zur Rückzahlung verpflichten?

Antwort: Nach § 20 Ziff. 2 KVG. sollen die Ortskrankenkassen auf jeden Fall an Wöchnerinnen, die innerhalb des letzten Jahres, vom Tage der Entbindung ab gerechnet, mindestens sechs Monate hindurch versicherungspflichtig waren, eine Unterstützung in Höhe des Krankengeldes für sechs Wochen von der Niederkunft an gewähren. Diese sowohl wie die Schwangerschaft bilden an sich, soweit sie normal verlaufen, keine Krankheit, wohl aber werden sie es, sobald Komplikationen eintreten. Ist das der Fall, so muß Krankenunterstützung gewährt werden, wie bei jeder anderen Krankheit. Daß die Schwangerschaft auf außerehelichen Geschlechtsverkehr zurückzuführen ist, hat für die Frage der Verpflichtungen der Kasse keine Bedeutung. Soweit die Kasse auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes Unterstützung gewährt, kann sie nach § 57 Abs. 4 KVG. Ersatz von dem Schwängerer verlangen. Dieser hat die Kosten der Entbindung, sowie die Kosten des Unterhalts für die ersten sechs Wochen nach der Entbindung und, falls infolge der Schwangerschaft oder der Entbindung weitere Aufwendungen notwendig sind, auch die hierdurch entstehenden Kosten zu ersetzen; Voraussetzung ist freilich, daß die Entbindung nicht vor dem 181. Tage nach der Beiwohnung erfolgt, im Falle einer Frühgeburt hat also der Schwängerer keine Verpflichtungen (§§ 1715, 1717 BGB.).

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **21. April 1913.**

Redaktion:	**Nr. 12**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Allgemeine Ortskrankenkassen.

Von Geh. Oberregierungsrat **Dr. Hoffmann** in Berlin, vortr. Rat im Kgl. Preuß. Ministerium für Handel und Gewerbe.

Durch Erlaß vom 4. November 1912 — HMBl. S. 539 — ist den Versicherungsbehörden die Weisung zugegangen, in der Regel darauf zu halten, daß allgemeine Ortskrankenkassen, um ihre Leistungsfähigkeit sicherzustellen, mindestens 1000 Mitglieder haben sollen. Hierauf soll nicht nur bei Errichtung von neuen Kassen, sondern auch bei der Zulassung besonderer Ortskrankenkassen gehalten werden. In der Literatur ist hierin eine „Vergewaltigung der gesetzlichen Vorschriften" und ein Widerspruch gegen die Absichten des Reichstags erblickt worden, der sich ausdrücklich gegen eine zu weit gehende Konzentration der Krankenkassen ausgesprochen und zu diesem Zweck die Mindestzahl der für die Errichtung oder Zulassung von Krankenkassen maßgebenden Zahlen des Entwurfs durchweg herabgesetzt habe. Insbesondere habe er den § 242 Abs. 1, der nach dem Entwurf lautete: „Die allgemeine Ortskrankenkasse gilt insbesondere als beeinträchtigt, wenn die Zahl der Mitglieder, die ihr bei Zulassung besonderer Ortskrankenkassen verbleiben würde, nicht mindestens 1000 oder die von der obersten Verwaltungsbehörde festgesetzte Höchstzahl erreicht," dahin abgeändert: „Die allgemeine Ortskrankenkasse oder die Landkrankenkasse gilt insbesondere als gefährdet, wenn die Zahl der Mitglieder, die ihr bei Zulassung besonderer Ortskrankenkassen verbleiben würde, nicht mindestens zweihundertundfünfzig erreicht." Dadurch habe der Reichstag ausdrücklich zu erkennen gegeben, daß nicht nur allgemeine Ortskrankenkassen mit 1000, sondern auch schon mit 250 Mitgliedern als leistungsfähig angesehen werden sollen. Wenn in diesem Vorgange mehr als eine äußere Korrektur und zwar eine grundsätzliche Stellung zu der Frage nach der Errichtung allgemeiner Ortskrankenkassen erblickt werden könnte, so würde allerdings in der Anordnung des Erlasses ein offenbarer Verstoß gegen die jetzigen Vorschriften gesehen werden müssen. Alsdann müßte die Anordnung dahin lauten, daß allgemeine Ortskrankenkassen so zu errichten und auszugestalten sind, daß ihnen mindestens 250 Versicherte angehören. Hätte aber der preußische Handelsminister eine solche Anordnung erlassen, so würden die danach entstehenden allgemeinen Ortskrankenkassen nichts weiter als die Karrikatur einer allgemeinen Ortskrankenkasse sein und es würde mit vollem Recht der Vorwurf erhoben werden können, daß damit offenbar gegen die Absichten der Gesetzgebung verstoßen werde. Denn der Reichstag hat den Grundsatz des Entwurfs, daß an Stelle der Organisation der Krankenkassen nach Gewerbszweigen und Betriebsarten, wie sie § 16 KVG. als Regel vorsah, allgemeine örtlich abgegrenzte Ortskrankenkassen die Grundlage für die Organisation der Krankenkassen abgeben sollten, nicht gemißbilligt. Er hat ferner weder dem Grundsatz des Entwurfs, daß besondere Ortskranken-

Digitized by Google

kassen für Gewerbszweige, Betriebsarbeiten oder Personen eines Geschlechts nur neben den allgemeinen Ortskrankenkassen und unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden, widersprochen, noch den Grundsatz des Entwurfs, daß allgemeine Ortskrankenkassen so gebildet werden sollen, daß sie für alle Krankenkassen im Bezirke des Versicherungsamtes vorbildliche Leistungen gewähren können, beanstandet.

Die Einwendungen, die gegen die fragliche Anordnung des Erlasses vom 4. November v. J. geltend gemacht werden, beruhen in der Hauptsache auf einer Verkennung der Bedeutung der allgemeinen Ortskrankenkassen. Die allgemeinen Ortskrankenkassen sollen nicht etwa an die Stelle der gemeinsamen Ortskrankenkassen des Krankenversicherungsgesetzes treten, die nichts weiter als Sammelbecken für diejenigen Berufszweige waren, für welche die Organisation nach beruflichen Gesichtspunkten wegen der geringen in Betracht kommenden Personenzahl nicht angängig war, sondern die bedeutsamste Kasse im Bezirke des Versicherungsamtes sein, insbesondere nach der Art der Leistungen. Wenn dies nicht die Absicht des Gesetzes wäre, so ist nicht einzusehen, warum in § 240 Ziff. 3, § 248 Ziff. 2, § 251 Abs. 1 Ziff. 2, § 255 Abs. 1 Ziff. 3, § 256 die Zulassung von besonderen Ortskrankenkassen, von Betriebskrankenkassen und von Innungskrankenkassen, von der Voraussetzung abhängig gemacht worden ist, daß die Leistungen dieser Kassen mit den Leistungen der allgemeinen Ortskrankenkasse im Bezirke desselben Versicherungsamts gleichwertig sein sollen. Denn wenn von den allgemeinen Ortskrankenkassen nicht Mehrleistungen als selbstverständlich erwartet würden, so hätte es ausgereicht, von den zuzulassenden besonderen Ortskrankenkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen, sowie von den neu zu errichtenden Betriebs- und Innungskrankenkassen nur die Gewährung der Regelleistungen zu verlangen. Würde es in der Absicht des Gesetzes liegen, nur kleine, leistungsunfähige Ortskrankenkassen zu errichten, so wäre es noch richtiger gewesen, die besonderen Ortskrankenkassen sowie die Betriebs- und Innungskrankenkassen vor der Gefährdung durch die allgemeinen Ortskrankenkassen zu schützen und dadurch vornehmlich die Gründung von allgemeinen Ortskrankenkassen zu verhindern. Geradezu unverständlich wäre es dann auch, die allgemeinen Ortskrankenkassen nicht nur gegen eine Gefährdung ihres Bestandes sondern auch gegen eine Gefährdung ihrer Leistungsfähigkeit zu schützen. Eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit kann nämlich schon dann als vorliegend angesehen werden, wenn von einer Gefährdung des Bestandes noch nicht entfernt die Rede ist. Die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse ist unbedingt schon dann gefährdet, wenn die Kasse nach der Zusammensetzung ihrer Versicherungsrisiken in Verbindung mit der Mitgliederzahl und unter Berücksichtigung ihres örtlichen Bezirks nicht in der sicheren Lage sein würde, mit angemessenen Beiträgen eine gesteigerte Krankenunterstützung zu gewähren und damit ihre gesetzliche Aufgabe, vorbildlich zu wirken, zu erfüllen.

Nach ausgesprochener Absicht des Gesetzes ist die allgemeine Ortskrankenkasse die stärkere Krankenkasse, der gegenüber alle besonderen Ortskrankenkassen, Betriebs- und Innungskrankenkassen zurückstehen sollen. Nirgendwo wird die Bedeutung der allgemeinen Ortskrankenkasse im Sinne der Reichsversicherungsordnung klarer gestellt, als durch die Vorschriften des Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. Hier ist zunächst vorgeschrieben, daß nur solche bestehenden Ortskrankenkassen zu allgemeinen Ortskrankenkassen ausgestaltet werden dürfen, welche alle nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtige des Bezirks umfassen, während im Abs. 2 a. a. O. bestimmt wird, daß nur solche Ortskrankenkassen, welche nicht alle Ortskassenpflichtigen, aber einen großen Teil der Ortskassenpflichtigen umfassen, ausgestaltet werden dürfen. Nach dem Entwurf mußten die zuletzt bezeichneten gemeinsamen Ortskrankenkassen die Mehrheit aller Ortskassenpflichtigen umfassen. Der Reichstag hat diese Worte in die Worte „einen großen Teil" geändert, nicht, um die Bedeutung der allgemeinen Ortskrankenkassen herabzumindern, sondern um Vorsorge für den Fall zu treffen, daß überhaupt keine Kasse die absolute Mehrheit der Krankenversicherungspflichtigen habe. Auch könne es unter Umständen zweckmäßig erscheinen, eine Kasse, die nicht die Mehrheit der Ortskassenpflichtigen umfaßt, wählen zu können, weil sie besonders leistungs-

Digitized by Google

fähig und gut verwaltet sei. Dabei wurde noch hervorgehoben, daß es bedenklich sei, immer nur der größten Kasse das Ausgestaltungsrecht zu geben, zumal für den Fall, daß die größte Kasse schlecht gewirtschaftet habe, andere Kassen dagegen in guter Vermögenslage seien. Als Grundsatz für die Ausgestaltung wurde ferner noch bezeichnet[1]):

1. daß die auszugestaltende Kasse einen großen Teil der Versicherten umfassen, also eine relativ große Kasse sein müsse, ohne daß sie die größte zu sein brauche;

2. daß sie die relativ beste Verwaltung und die relativ besten Leistungen aufzuweisen haben müsse;

3. daß nicht die größte Kasse allein befugt und verpflichtet sein solle, einen Antrag auf Ausgestaltung zu stellen, sondern daß jede Kasse befugt sein solle, einen solchen Antrag zu stellen.

Aus diesen Vorgängen ergibt sich klar, daß entweder ganz große oder besonders leistungsfähige Kassen als allgemeine Ortskrankenkassen weiter bestehen sollen. Hätte der Reichstag tatsächlich die Bedeutung der allgemeinen Ortskrankenkassen herabsetzen wollen, so hätte er den Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges. dahin ändern müssen, daß jede gemeinsame Ortskrankenkasse, die mindestens 250 Mitglieder habe, zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet werden könne.

Wenn nun aber in den Bezirken der Versicherungsämter, wo durch Ausgestaltung bestehender Ortskrankenkassen allgemeine Ortskrankenkassen gewonnen werden können, nur die besten und leistungsfähigsten Kassen gewählt werden sollen, wie soll dann im Bezirk derjenigen Versicherungsämter, wo eine allgemeine Ortskrankenkasse neu errichtet werden muß, verfahren werden, wenn nicht zugleich die Möglichkeit gegeben ist, die neu zu errichtenden Ortskrankenkassen durch Zuführung von guten Risiken in Verbindung mit der Festsetzung einer angemessenen Mitgliederzahl besonders leistungsfähig und vorbildlich zu machen? Würde z. B. im Bezirk eines Versicherungsamtes eine Kasse mit 2000 Mitgliedern, eine Kasse mit 1000 Mitgliedern, eine Kasse mit 500 Mitgliedern und eine Kasse mit 300 Mitgliedern bestehen und alle diese Kassen gewerbliche Arbeiter mit höheren Löhnen umfassen, und würde weiter die allgemeine Ortskrankenkasse durch die neuversicherten Personen eine Mitgliederzahl von 300 erhalten, so würde sie nach Meinung der Gegner des Erlasses vom 4. November 1912 die Aufgaben der allgemeinen Ortskrankenkassen völlig erfüllen können, obwohl es sowohl nach der Mitgliederzahl, als auch nach den Versicherungsrisiken ausgeschlossen erscheint, daß sie bessere oder auch nur gleichwertige Leistungen, wie eine der bestehenden Ortskrankenkassen gewähren wird.

Im übrigen kommt der Herabsetzung der Mindestmitgliederzahl von 1000 auf 250 im § 242 Abs. 1 RVO. schon im Hinblick auf das Wort „insbesondere" nicht die Bedeutung zu, daß eine allgemeine Ortskrankenkasse, die 250 Mitglieder zählt, unter allen Umständen nicht gefährdet ist. In der Begründung wird nämlich ausgeführt: „Bei der Frage der Beeinträchtigung sind die gesamten Verhältnisse der allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen in Rechnung zu ziehen und zu prüfen. In jedem Fall ist aber dann eine Beeinträchtigung der allgemeinen Ortskrankenkasse anzunehmen, wenn sie infolge der Zulassung der besonderen Ortskrankenkasse nicht mindestens 1000 Mitglieder (jetzt 250) erreicht." Hieraus geht klar hervor, daß das Wort „insbesondere", das vom Reichstag nicht geändert worden ist, dem § 242 nur die Bedeutung gibt, daß eine allgemeine Ortskrankenkasse sowohl in ihrem Bestande als auch in ihrer Leistungsfähigkeit unter allen Umständen gefährdet ist, wenn sie nicht 250 Mitglieder aufweisen kann. Damit ist aber durchaus nicht ausgesprochen, daß nicht auch bei einer höheren Mitgliederzahl die Gefährdung des Bestandes oder der Leistungsfähigkeit angenommen werden kann. Auf diesen Standpunkt hat sich der Reichstag selbst gestellt, wenn er bei der Errichtung von Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen in den § 248 Ziff. 1 und § 251 Abs. 1 Ziff. 1 den Zusatz aufgenommen hat: „Dabei gilt eine Kasse nicht als gefährdet, wenn sie nach der Errichtung der Betriebskrankenkasse (Innungskrankenkasse) mehr als 1000 Mitglieder behält." Dadurch hat der Reichstag zum Ausdruck gebracht, daß bei Errichtung von Betriebskrankenkassen und von Innungskrankenkassen die Prüfung der

[1]) Vgl. Kommissionsbericht zum Einführungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung S. 14.

Digitized by Google

Gefährdung der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse grundsätzlich ausgeschlossen sein solle, wenn dieser Kasse mindestens 1000 Mitglieder verbleiben. Bei besonderen Ortskrankenkassen fehlt eine entsprechende Bestimmung. Mithin ist dem Ermessen der Versicherungsbehörden bei Prüfung der Frage nach Gefährdung des Bestandes oder der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkassen in diesem Falle eine Grenze nicht gesetzt. Es ist also nicht ausgeschlossen, daß bei der Zulassung von besonderen Ortskrankenkassen eine Gefährdung der allgemeinen Ortskrankenkasse angenommen werden kann, wenn dieser Kasse erheblich mehr als 1000 Mitglieder verbleiben; denn darüber können Zweifel nicht bestehen, daß die Beschränkung auf 1000 Mitglieder bei Errichtung von Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen nicht zum Nachteil, sondern zum Vorteile der Betriebs- und Innungskrankenkassen eingeführt worden ist. Die besonderen Ortskrankenkassen sind bei Prüfung der Leistungsfähigkeit gegenüber den Betriebs- und Innungskrankenkassen im Nachteil und nicht zu der Forderung berechtigt, daß bei ihnen eine Gefährdung des Bestandes oder der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse unbedingt ausgeschlossen sein solle, wenn dieser Kasse noch 250 Mitglieder verbleiben. Die Anordnung, daß also auch gegenüber besonderen Ortskrankenkassen im allgemeinen davon auszugehen sei, daß bei 1000 Mitgliedern in der Regel die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse gesichert bleibe, bewegt sich durchaus im Rahmen der Erwägungen des Reichstags, indem anlehnend an die Bestimmungen der §§ 248 und 251 die Grenze für die Gewährleistung der Leistungsfähigkeit ebenso festgesetzt ist, wie gegenüber Betriebs- und Innungskrankenkassen.

Soweit die Errichtung neuer allgemeiner Ortskrankenkassen in Frage kommt, findet die Anordnung, daß die Kasse in der Regel mindestens 1000 Mitglieder haben solle, auch im § 226 Abs. 3 des Gesetzes ihre ausreichende Grundlage. § 226 lautete nach dem Entwurf:

„Ortskrankenkassen werden für örtliche Bezirke errichtet (allgemeine Ortskrankenkassen), ebenso Landkrankenkassen.

Orts- und Landkrankenkassen sind in der Regel für den Bezirk eines Versicherungsamts zu errichten.

Die oberste Verwaltungsbehörde kann Abweichungen anordnen und zulassen."

Durch den Reichstag (Komm.Ber. S. 128) sind die Worte „für den Bezirk" durch die Worte „innerhalb des Bezirks[2])" ersetzt worden mit der Begründung, es könne im allgemeinen zweckmäßig erscheinen, die Kassenbezirke nicht zu groß zu nehmen. Man solle deshalb nicht von vornherein die Uebereinstimmung des Kassenbezirks mit dem Bezirk des Versicherungsamts als Regel festlegen. Dabei wurde von einem Vertreter der verbündeten Regierungen folgendes erklärt:

„Der § 236 trage in seinem Abs. 2 dem Gedanken Rechnung, daß im allgemeinen größere Kassen leistungsfähiger seien, als kleine. Daher sehe er als Kassenbezirk im allgemeinen den Bezirk des Versicherungsamts vor. Der Entwurf verkenne aber nicht, daß besondere Umstände Ausnahmen von dieser Regel wünschenswert machen könnten; er lasse daher solche in Abs. 3 zu. Der Antrag Nr. 159 (statt „für den Bezirk" zu setzen: „innerhalb des Bezirks") wolle besonders den Fall berücksichtigen, wo der Bezirk eines Versicherungsamts mehrere große, vielleicht wirtschaftlich verschiedenartige Gemeinden oder Bezirke umfasse oder wo ein größerer Ort sehr weit von dem Sitze des Versicherungsamts entfernt liege und wo es daher wünschenswert sei, mehrere Ortskrankenkassen zu errichten. Gerade mit Rücksicht auf diese Verhältnisse lasse der Entwurf, wie in der Begründung (Seite 166) ausgeführt sei, die Ausnahmen zu. Die Regelung des Entwurfs genüge daher für alle Fälle."

Außerdem wurde von dem Staatssekretär des Innern noch angeführt:

„Der Unterschied zwischen der Regelung des Entwurfs und der im Antrag Nr. 159 vorgeschlagenen sei nur der, welcher Fall als Regel hingestellt werde. Da man aber wünschen müsse, daß nicht ohne hinreichenden

[2]) Die Worte: „innerhalb des Bezirks" sind ungenau und haben, wie aus der Entstehungsgeschichte klar hervorgeht dieselbe Bedeutung wie die Worte: „für Teile des Bezirks" und nicht wie der Gegner des Erlasses nur aus Unkenntnis der Vorgänge in der Reichstagskommission behauptet, die Bedeutung, daß die oberste Verwaltungsbehörde auf Grund des Abs. 3 um den Bezirk der Kasse über den Bezirk des Versicherungsamts ausdehnen könne

Digitized by Google

Grund eine Zersplitterung der Kassen eintrete, empfehle es sich, bei Aufstellung der Regel sich den meistgegebenen Verhältnissen anzupassen. Das tue der Entwurf. Man bitte daher, sich auf dessen Boden zu stellen. Jedenfalls stelle man das Einverständnis der Antragsteller fest, daß auch im Sinne des Antrags Nr. 159 für Preußen eine allgemeine Anordnung des Handelsministers, die für den Kassenbezirk den Bezirk des Versicherungsamts als Regel vorschreibe, zulässig sein werde."

Wenn hiernach die oberste Verwaltungsbehörde in Preußen berechtigt ist, grundsätzlich anzuordnen, daß allgemeine Ortskrankenkassen nur für den ganzen Bezirk jedes Versicherungsamts errichtet werden dürfen, so muß ihr auch die weniger weitgehende Befugnis zugestanden werden, anzuordnen, die Bezirke für die allgemeinen Ortskrankenkassen so auszuwählen, daß die Kassen in der Regel mindestens 1000 Mitglieder haben.

Die Anordnung des Erlasses vom 4. November 1912 entspricht nach alledem der Absicht der Gesetzgebung, möglichst große allgemeine Ortskrankenkassen zu errichten und widerspricht nicht einer einzigen Bestimmung des Gesetzes. Sie findet ihre ausdrückliche Unterlage im § 226 Abs. 3 und schließt sich auch den in den §§ 248 und 251 zum Ausdruck gebrachten Intentionen des Reichstages im vollen Maße an. Nichts rechtfertigt die Annahme, daß den Versicherungsbehörden bei der Aufgabe, örtlich abgegrenzte allgemeine Ortskrankenkassen zu bilden, deren Leistungsfähigkeit für alle Kassen vorbildlich sein soll, die Mittel versagt sein sollten, dieses Ziel zu erreichen.

Wann ist das Vermögen der aufzunehmenden Kasse „groß genug" zur Bildung eines Sondervermögens (§ 294 RVO.)?

Von Rechtsanwalt **Dr. Berthold** in Großenhain bei Dresden.

Nicht nur nach dem Inkrafttreten des neuen Krankenversicherungsrechts, also nach dem 1. Januar 1914, sondern auch schon jetzt in der Zeit der Umgestaltung des Kassenwesens wird die oben bezeichnete Frage wohl manchmal erhoben werden, da die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen und über das Verfahren dabei nach Art. 1 der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 489) bereits in Kraft sind. Es ist aber vorweg zu beachten, daß der in Frage stehende § 294, wie überhaupt die §§ 286—297, nur in den Fällen der Vereinigung von Kassen und der Ausscheidung von Kassenteilen gelten (§§ 285, 298 Abs. 2), während bei Schließung oder Auflösung von Krankenkassen nur die §§ 300 ff. anzuwenden sind (§ 299); dagegen gelten die Bestimmungen in § 294 Abs. 1, 2 und 3 Satz 1 entsprechend auch bei den in Art. 14 Einf.Ges. mit Art. 5 der Verordnung vom 5. Juli 1912 vorgesehene Schließung der Gemeindekrankenversicherungen.

Hat die aufzunehmende Kasse durch eine nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches aufgestellte Bilanz gemäß § 293 RVO. ihr Reinvermögen ermittelt und hat sie davon so viel an die aufnehmende Kasse überwiesen, wie bei dieser an Reinvermögen auf je ein Mitglied entfällt und verbleibt dann noch ein freies Vermögen zugunsten der aufzunehmenden Kasse, so wird dies nach § 294 Abs. 1 RVO. ebenfalls der aufzunehmenden Kasse überwiesen. Ist dies freie Vermögen „groß genug", so kann der Ausschuß der aufzunehmenden Kasse daraus ein Sondervermögen für die übergehenden Mitglieder bilden, aus dem sie einen Zuschlag zum Sterbegeld erhalten.

Bei dem Mangel einer Bestimmung, wann das Vermögen einer solchen Kasse als „groß genug" zu betrachten sei, wird die Entscheidung darüber, ob ein Sondervermögen gebildet werden soll, zuweilen Schwierigkeiten verursachen. Die Meinungen werden bei dem Interessenstreite der beiden Kassen nicht selten erheblich auseinandergehen.

Da die aufnehmende Kasse allen ihren Mitgliedern möglichst gleichwertige Leistungen gewähren will, wird sie hinsichtlich des Punktes „groß genug" einen wesentlich anderen Maßstab anlegen wollen, als die aufzunehmende

Digitized by Google

Kasse, die ihren alten Mitgliedern tunlichst die Vorteile des von ihnen und für sie angesammelten Geldes allein bewahren möchte. Da bei den verschiedenen Mitgliederzahlen der Kassen eine feste Summe, die als „groß genug" zur Bildung eines Sondervermögens zu erachten sei, sich nicht angeben läßt, bedarf es bei jeder Entscheidung einer eingehenden Prüfung und Berechnung. Trotzdem würde es sich empfehlen, wenn die Versicherungsbehörden hierüber einige Grundbestimmungen erlassen würden, nach denen die Kassenorgane im einzelnen Falle sich richten könnten. Soviel mir bekannt, ist es noch nirgends geschehen.

Fehl würde man meiner Ansicht nach gehen, wenn man dabei grundsätzlich anordnen wollte, um ein Sondervermögen zu bilden, müsse der Ueberschuß mindestens so groß sein, daß er mit Zinsen und Zinseszinsen nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung bemessen, das erhöhte Sterbegeld aller übergegangenen Mitglieder und deren Angehörigen zu tragen vermag. Das wäre meines Erachtens zuviel verlangt, namentlich wenn eine Kasse in einer anderen aufgenommen wird, welche den niedrigsten Satz des Sterbegeldes entrichtet, nämlich das Zwanzigfache des Grundlohnes, der beim Tode des Versicherten gezahlt worden ist (§ 201 RVO.). Weiter würde es unangebracht sein, zu fordern, das in Aussicht genommene erhöhte Sterbegeld müsse nach dem in § 204 RVO. vorgesehenen zulässigen Höchstbetrage, dem Vierzigfachen des Grundlohnes gezahlt werden. Um keine allzu großen Ungleichheiten aufkommen zu lassen, dürfte meiner Meinung nach nicht geduldet werden, daß das erhöhte Sterbegeld an die übergegangenen Mitglieder um mehr als den zehnfachen Grundbetrag über das Sterbegeld der übrigen Mitglieder der Aufnahmekasse hinaus gezahlt wird.

Andererseits würde ich aber den Ueberschuß als „groß genug" gelten lassen, wenn er nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung während eines bestimmten Zeitraumes, etwa mindestens fünf oder zehn Jahre, ausreichen würde, um das erhöhte Sterbegeld für die im Laufe dieser Zeit verstorbenen Mitglieder zu tragen. Damit würde den Anforderungen der Gerechtigkeit und dem Zwecke des Abs. 2 des § 294 RVO., daß von den Mitgliedern angesammeltes Vermögen und ein Reservefonds diesen auch in erster Linie zu gute kommen soll, am besten genügt werden. Die Wahrscheinlichkeit streitet doch dafür, daß in der benannten Zeit gerade die ältesten Mitglieder zunächst absterben, die am längsten ihre Beiträge zur Kasse entrichtet und am meisten zur Bildung eines Vermögens mit beigetragen haben. Es erscheint mir nur billig, wenn sie und ihre Angehörigen dann davon auch einen Vorteil ziehen.

Anmerkung der Redaktion: Der Vorschlag mag praktisch erwägenswert erscheinen, weil es kaum wünschenswert ist, den Ausnahmezustand, der durch die Bildung des Sondervermögens für eine Gruppe von Kassenmitgliedern begründet wird, zu verewigen. Ob der Vorschlag der Absicht des Gesetzes entspricht, ist eine andere Frage. Die Begründung (S. 191 zu § 307 Entw. der RVO.) bemerkt u. a.: „Das Versicherungsamt hat darauf zu achten, daß der Zuschlag so bemessen werde, daß voraussichtlich sämtliche übergehenden Mitglieder den gleichen Betrag erhalten".

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

(H.) **Organisation der Krankenkassen** (HMBl. S. 221). Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 31. März 1913.

Bei Prüfung der Beschwerden über die verweigerte Zulassung bestehender Ortskrankenkassen als besondere Ortskrankenkassen ist es aufgefallen, daß die Oberversicherungsämter in den Fällen, wo die Zulassung wegen Gefährdung des Bestandes oder der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse abgelehnt wird, ihre Entscheidung mit der kurzen Behauptung begründet haben, daß die Kasse nicht zugelassen werden könne, weil sie den Bestand oder die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse gefährde. Eine solche Begründung muß als unzulänglich bezeichnet werden, zumal es sich bei der in Frage stehenden Entscheidung vielfach um den Fortbestand alter Kassen handelt. Diese haben einen Anspruch darauf, eingehend von den Tatsachen unterrichtet zu werden, mit denen die Annahme der Gefährdung begründet wird, damit sie auch in der Lage sind, in der Beschwerdeinstanz ihre abweichende Auffassung hinreichend zu rechtfertigen. Ich werde fortan Bescheide der Oberversicherungsämter, welche diesen Anforderungen

Digitized by Google

nicht entsprechen, aufheben und die Angelegenheit zur nochmaligen Beschlußfassung an das Oberversicherungsamt zurückverweisen [1]).

Geradezu mißbilligen aber muß ich die Gepflogenheit einzelner Versicherungsämter und Oberversicherungsämter, ihre Mitteilungen, Anordnungen und Entscheidungen mit dem Hinweis darauf zu begründen, daß in den Besprechungen, die zwischen meinen Kommissaren und dem Kommissar des Herrn Landwirtschaftsministers einerseits und den Versicherungsbehörden andererseits in den letzten Monaten des verflossenen Jahres stattgefunden haben, bindende Beschlüsse gefaßt seien oder durch Vermittelung meiner Kommissare von mir Anordnungen getroffen seien, gegen die jedes Vorgehen aussichtslos sei. Die Besprechungen verfolgten lediglich den Zweck, zwischen den Versicherungsbehörden über die zweckmäßigste Art der Organisation der Krankenversicherung eine Verständigung herbeizuführen und zugleich die gesetzlichen Vorschriften zu erörtern, die zur Erreichung dieses Zieles zur Anwendung gelangen sollten. Das Ergebnis dieser Verhandlungen beruhte durchweg auf Vorschlägen der Vorsitzenden der Versicherungsämter, die, soweit sie den gesetzlichen Vorschriften entsprachen oder nicht offenbar unzweckmäßig waren, auch die Billigung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts gefunden haben. In keinem Falle ist eine Organisation für den Bezirk eines Oberversicherungsamts festgelegt worden, die nicht die volle Zustimmung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts gefunden hat. Kann hiernach von „Anordnungen des Ministers" schon nicht die Rede sein, so kommt hinzu, daß bei den Besprechungen ausdrücklich die Beobachtung der für das Verfahren vorgesehenen Vorschriften zur Pflicht gemacht worden und als selbstverständlich vorbehalten ist, eine andere Entschließung zu treffen, wo entweder die nähere Prüfung der Verhältnisse eine solche rechtfertigen könne, oder die für die Errichtung der allgemeinen Ortskrankenkassen oder Landkrankenkassen verantwortlichen Gemeindeverbände anders beschließen würden. Das Ergebnis der Besprechung ist von meinem Kommissar in einem Protokoll niedergelegt worden, um tunlichst Abweichungen von den nach eingehenden Erwägungen gefaßten Entschließungen zu vermeiden und um für die Beschwerdeinstanz eine sichere Grundlage für die Entscheidungen zu haben. Dieses Verfahren war unumgänglich nötig, um nicht durch die unvorbereitete Prüfung der einzelnen Beschwerden in meinem Ministerium eine Geschäftslast entstehen zu lassen, die eine Erledigung der organisatorischen Arbeiten bis zum 1. Januar 1914 völlig ausgeschlossen erscheinen ließ. Durch das befremdliche Verhalten mancher Versicherungsbehörden ist in den Augen der Bevölkerung der Anschein erweckt worden, als ob die ganze Organisation der Krankenversicherung durch meine Kommissare unabänderlich festgelegt worden sei und die Versicherungsbehörden für ihre Entschließungen keine Verantwortung zu tragen hätten. Dies hat zur Folge gehabt, daß sich die Beteiligten vielfach schriftlich oder mündlich, auch durch Vermittelung von Abgeordneten an mich zu einer Zeit gewendet haben, wo ich zu einer Entschließung überhaupt noch nicht zuständig war. Ich ersuche, dafür zu sorgen, daß das Oberversicherungsamt seine Entscheidungen sorgfältig und nach sachlichen Gesichtspunkten unter Beobachtung der gesetzlichen Vorschriften trifft und begründet sowie jede Bezugnahme auf die erwähnten Besprechungen, die lediglich eine interne Verwaltungsangelegenheit sind, peinlichst vermeidet. Die gleiche nachdrückliche Anweisung wollen Sie den Versicherungsämtern zugehen lassen.

[1]) Dieser Teil des Erlasses steht in erfreulicher Uebereinstimmung mit dem weiter unten unter „Mitteilungen" abgedruckten Gutachten des Amtsgerichtsrats Hahn.

(H.) **Mustersatzungen für Krankenkassen.**

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 25. März 1913.

Durch die Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 17. d. M. werden in der Nummer 13 des Zentralblatts für das Deutsche Reich die Mustersatzungen für Ortskrankenkassen, Landkrankenkassen, gewerbliche und landwirtschaftliche Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen veröffentlicht. Die Mustersatzungen für allgemeine Ortskrankenkassen in Bezirken, für die eine Landkrankenkasse nicht errichtet wird, werden später veröffentlicht werden.

Auch solchen bestehenden Ortskrankenkassen, welche als besondere Ortskrankenkassen zugelassen werden wollen und deren Zulassung noch nicht rechtskräftig abgelehnt ist, ist zu empfehlen, nunmehr die neuen Satzungen alsbald aufzustellen und dem Versicherungsamt einzureichen.

Anmerkung: Abdrücke der Mustersatzungen sind vom Verlag der Arbeiter-Versorgung zu beziehen. Wir verweisen auf die Anzeige auf der letzten Seite des Umschlags dieser Nummer. Wir machen ferner darauf aufmerksam, daß Nr. 13 des Zentralbl. für das Deutsche Reich mit den Mustersatzungen am 20. März 1913 erschienen ist und daß daher die den Kassen nach Art. 19 Einf.Ges. zu bestimmende Frist zur Einreichung der Satzungen frühestens am 4. April beginnen durfte. Vgl. Min.Erl. v. 4. November 1912, Arb.Versorgg. S. 819 Ziff. III 1.

(H). **Mustersatzungen für Krankenkassen** (HMBl. S. 221).

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 29. März 1913.

Auf Veranlassung des Herrn Reichskanzlers sind Vorschläge für die Abänderungen zusammengestellt worden, welche die Mustersatzungen für allgemeine Orts- und für Landkrankenkassen in dem Falle zu

Digitized by Google

erfahren haben, daß für einen Bezirk nur allgemeine Ortskrankenkassen aber keine Landkrankenkasse, oder zwar eine Landkrankenkasse aber keine allgemeinen Ortskrankenkassen errichtet werden. In Verfolg meines Erlasses vom 25. d. M. (III. 2610) übersende ich Ihnen hierbei je einen Abdruck der danach umgearbeiteten Entwürfe einer Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen und für Landkrankenkassen mit dem Ersuchen, die Gemeindeverbände hierauf hinweisen zu lassen . . .

Anmerkung: Der Verlag der Arbeiter-Versorgung in Berlin-Lichterfelde, Bellevuestraße 44b hält Mustersatzungen auf Schreibpapier vorrätig und zwar für die bezeichneten Ortskrankenkassen das Stück für 80 Pf., für die Landkrankenkassen für 50 Pf.

(H.) **Das Reichsversicherungsamt ist für Fragen der äußeren Organisation der Krankenversicherung nicht zuständig.**

Entscheidungen des **Beschlußsenats der Abteilung für Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung** vom 7. März 1913 — II. 834, II. 1264 und II. 1275 —.

Der Vorstand einer Ortskrankenkasse hat auf Grund des Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. beim Versicherungsamt beantragt, zu genehmigen, daß die Kasse zur allgemeinen Ortskrankenkasse für den Stadtbezirk ausgestaltet werde. Der Antrag ist durch Entscheidung des Oberversicherungsamts abgelehnt worden. Hiergegen hat der Vorstand der Ortskrankenkasse beim Reichsversicherungsamt Beschwerde erhoben.

Es entstand die Frage, ob gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts eine Beschwerde im ordentlichen Instanzenzuge der Reichsversicherungsordnung zulässig ist. Das Reichsversicherungsamt erklärt sich für unzuständig und wies die Beschwerde zurück, ohne in eine Prüfung darüber einzutreten, ob die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Beschwerde ohne weiteres auch auf das Einf.Ges. zu beziehen seien. Er verwies zur näheren Begründung auf die am gleichen Tage ergangenen Entscheidungen über Beschwerden über Entscheidungen zweier Oberversicherungsämter, welche die nach § 229 erforderliche Genehmigung zur Nichterrichtung von Landkrankenkassen neben der allgemeinen Ortskrankenkasse versagt hatten. Es erscheine unbedenklich und folgerichtig, diesen Grundsatz, der dort hinsichtlich der Errichtung von Kassen entwickelt sei, auch für das Verfahren über die Ausgestaltung gelten zu lassen. Die grundsätzliche Unzuständigkeit des Reichsversicherungsamts zur Entscheidung solcher Organisationsfragen wird folgendermaßen begründet:

Diese Frage ist bereits in der Literatur berührt, aber nicht übereinstimmend beantwortet worden (zu vgl. insbesondere Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, S. 324 zu § 229 RVO.; Hoffmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Buch 3, S. 257 Anm. 2 zu § 229).

Da nach § 1793 RVO. gegen Entscheidungen des Oberversicherungsamts in erster Instanz — um eine solche handelt es sich hier — Beschwerde an das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) zulässig ist, soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt, und § 229 RVO. eine entgegenstehende Vorschrift nicht enthält, scheint es zunächst, als ob die bezeichnete Frage zu bejahen sei. Auch die Begründung des Entwurfs kann zu Zweifeln Anlaß geben. Dort wird zwar (zu vgl. Begr. S. 62 zu § 97 des Entw., § 83 RVO) ausdrücklich ausgeführt, daß das Reichsversicherungsamt für die Organisation der Krankenversicherung, wie für die Einrichtung der besonderen Versicherungsbehörden, nicht zuständig sei. Diese Befugnisse seien vielmehr der obersten Verwaltungsbehörde zugewiesen. Es wird dann aber bemerkt, und hieraus könnten Bedenken hergeleitet werden, daß insoweit die oberste Verwaltungsbehörde hier zuständig sei, als dies in dem Entwurf jedesmal angegeben sei. Ebenso sei klargestellt, wo das Oberversicherungsamt endgültig entscheidet, als das Reichsversicherungsamt nicht mehr als höhere Instanz in Frage kommt.

Allein bei näherer Betrachtung ergibt sich auch aus den Verhandlungen bei Beratung des Gesetzes eine Reihe gewichtiger Umstände, die gegen eine Mitwirkung des Reichsversicherungsamts in sämtlichen Fragen der Organisation der Krankenversicherung sprechen.

Zunächst ist zu beachten, daß bei der Beratung der §§ 229, 230 RVO. (§§ 239, 240 des Entw.) ein Regierungsvertreter auf eine Anfrage über die künftige Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts und der obersten Verwaltungsbehörden ohne Widerspruch erklärt hat, der Entwurf habe zwar grundsätzlich einen einheitlichen Instanzenzug bis an das Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) schaffen wollen. Es gäbe indessen eine Reihe von Fragen, die sich ihrer Natur nach nicht für die Entscheidung durch das Reichsversicherungsamt eigneten. Hierher gehörten in erster Linie die der äußeren Organisation der Krankenkassen, weil das Reichsversicherungsamt als Reichsbehörde die örtlichen Verhältnisse der einzelnen Landesteile nicht genau genug kenne (zu vgl. Bericht der 16. Kommission zum Entw. der RVO. — Nr. 340 der Drucksachen — S. 138).

Damit steht im Einklang, daß das Reichsversicherungsamt im übrigen von der Mitwirkung bei Errichtung von allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen ausdrücklich ausgeschlossen ist. So ist die oberste Verwaltungsbehörde für die Festsetzung des Bezirks der Kasse (§ 226 Abs. 3 RVO), die Genehmigung zur Nichterrichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse (§ 230 RVO.) und für die Beschwerde gegen die Anordnung der Errichtung von allgemeinen Orts- und von Landkrankenkassen (§ 233 RVO.) zuständig. Auch bei der Organisation anderer Kassen sind die wichtigsten Entscheidungen stets der obersten Verwaltungsbehörde vorbehalten (zu vgl. Art. 20 Einf.Ges. zur RVO.; § 249 Abs. 4 und § 254 RVO.). Dabei ist im Laufe der Beratung über § 254 RVO. ein Antrag, an Stelle der obersten Verwaltungsbehörde das Reichsversicherungsamt für

Digitized by Google

zuständig zu erklären, aus den oben angeführten Erwägungen abgelehnt worden. (Zu vgl. Komm.-Ber. a. a. O. S. 176/177). Als Folge des angeführten Grundsatzes hat das Reichsversicherungsamt auch bei der Vereinigung, Auflösung und Schließung von Kassen sowie der Ausscheidung aus solchen nicht mitzuwirken. Die Beschwerde gegen eine diese Fragen betreffende Entscheidung geht an die oberste Verwaltungsbehörde (§ 284 RVO.). Ueber die vom Versicherungsamt genehmigte oder bewirkte Auseinandersetzung befindet das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) endgültig (§ 297 RVO.).

Weitere Bedenken gegen die Annahme der Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts sind endlich aus § 230 RVO. zu entnehmen. Danach kann die Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse neben der Landkrankenkasse nur mit Genehmigung der obersten Verwaltungsbehörde unterbleiben. Es wird also über diese Frage im Verwaltungsverfahren entschieden. Dann wäre aber nicht einzusehen, weshalb gerade die weniger bedeutungsvolle Entscheidung aus § 229 RVO., die zumal nur für diejenigen Bundesstaaten in Betracht kommt, in denen nicht durch die Landesgesetzgebung die Errichtung von Landkrankenkassen ausgeschlossen ist (§ 227 RVO.), mit den besonderen Rechtsgarantien des instanziellen Beschlußverfahrens vor den Versicherungsbehörden ausgestattet sein sollte. Hiernach muß angenommen werden, daß im § 229 RVO. eine Vorschrift, durch welche die Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts ausdrücklich ausgeschlossen wird, nur versehentlich nicht aufgenommen ist. Eine besondere, praktisch befriedigenden Ergebnissen zustrebende Rechtsprechung ist berufen, solche bei einem umfangreichen Gesetzgebungswerk, wie die Reichsversicherungsordnung, fast unvermeidlichen Versehen auszugleichen. Das Reichsversicherungsamt hat daher seine Zuständigkeit in der vorliegenden Beschwerdesache verneint und die Beschwerde zurückgewiesen.

Praktisch ist dieses Ergebnis auch insofern befriedigend, als auf diese Weise von vornherein jede Möglichkeit eines widerspruchsvollen Ineinandergreifens zweier höchster Instanzen beseitigt wird, das bei den nahen Beziehungen des § 229 und der §§ 231, 232, 233 RVO. sonst nicht zu vermeiden gewesen wäre.

Anmerkung: In gleichem Sinne äußert sich Hahn, und zwar allgemein im Handb. der Krankenvers. S 318 Vorbem. 3, sowie speziell S. 324 Anm. zu § 329 und hinsichtlich der Ausgestaltung in Arb.-Vsorgg. 1913 S. 100.

(H.) Anspruch der Landesversicherungsanstalt gegen die Krankenkasse auf Ersatz der Kosten eines Heilverfahrens?

Urteil des **Amtsgerichts** in **Hamburg** vom 2. Juli 1912.

Die der beklagten Krankenkasse als freiwilliges Mitglied angehörende Näherin M. erkrankte am 18. Februar 1910 und wurde von der Kasse zunächst durch den Kassenarzt, dann im Krankenhause und dann weiter vom Kassenarzt behandelt. Die Klägerin, Landesversicherungsanstalt, leitete im Juni 1910 in Gemäßheit des § 18 JVG. ein Heilverfahren ein und ließ die M. während der Zeit vom 2.—16. Juni 1910 in ihrer Station im Sophienhaus in S. verpflegen. Am letzteren Tage wurde die M. wegen eines schweren Rückfalls an Gelenkrheumatismus mit Fieber und wegen Herzbeutelentzündung dem städtischen Krankenhause in S. zugeführt, da der weitere Aufenthalt im Sophienhaus, das nicht unter unmittelbarer Leitung eines Arztes steht, sondern die ärztliche Versorgung seiner Insassen von verschiedenen in S. praktizierenden Aerzten empfängt, unmöglich war und die M. nicht nach Hamburg (in den Bezirk der Kasse) zurückbefördert werden konnte. Die Klägerin brach, da eine Wiederaufnahme der Badekur nach dem Ermessen der Aerzte in absehbarer Zeit nicht möglich erschien, das Heilverfahren ab und machte der Beklagten davon durch Schreiben vom 29. Juni 1910 Mitteilung mit dem Ersuchen, für die nach dem 1. Juli entstandenen Krankenhauskosten aufzukommen. Die Beklagte lehnte das unter Hinweis auf § 26 ihres Statuts, nach dem erkrankte Mitglieder, die den Kassenbezirk verlassen, keinen Anspruch auf freie ärztliche Behandlung und Arznei haben, ab. Die Klägerin ersetzte dem Vorstande des Sophienhauses, der irrtümlicherweise die entstandenen Kosten verauslagt hatte, diese Kosten mit 2 M. täglich für die Zeit vom 2. Juli bis 9. August 1910 mit 78 M. und verlangte diesen Betrag von der Beklagten zurück. Die Beklagte bezahlte darauf den auf diese Zeit gemäß § 18 Abs. 3 JVG. entfallenden Betrag an Krankengeld mit 1 M. täglich = 39 M., weigerte sich aber trotz Mahnung vom 26. September 1910 den Rest von 39 M. zu bezahlen. Die Klägerin verlangt mit der Klage diese 39 M. nebst 4% Zinsen seit dem 1. Oktober 1910 und behauptet, daß eine Krankenkasse in einem Falle, wie dem vorliegenden, wo der Zustand der Versicherten besondere Behandlung und Beobachtung erfordere, sich dieser Pflicht nicht entziehen könne, sondern Krankenhausbehandlung eintreten lassen müsse. Die Klägerin sei, da der M. die erforderliche Pflege und ärztliche Behandlung im Sophienhaus nicht gewährt werden konnte, gezwungen gewesen, das von ihr freiwillig eingeleitete Heilverfahren abzubrechen und die Beklagte habe, da ein Rücktransport nach Hamburg nicht möglich war, der Anspruch der Versicherten gegen Beklagte auf Gewährung der Kassenleistungen aber noch bestand, die Kosten der Krankenhausbehandlung in S. tragen müssen, wenn anders sie nicht gegen ihr pflichtmäßiges Ermessen handeln wollte. Die Klägerin habe durch die Einweisung der M. in das Krankenhaus ferner ein Geschäft der Beklagten besorgt, das deren Interesse und mutmaßlichen Willen entsprach, da nur so die Heilung der M. am sichersten zu erreichen war und die Beklagte vor weiteren Ansprüchen der M. bewahrt blieb. Der von der Beklagten angeführte Grundsatz, daß Erfüllungsort von Kassenleistungen grundsätzlich der Kassenbezirk oder der außerhalb desselben belegene Beschäftigungs- oder Wohnort des Versicherten sei, erleide unbestritten eine Ausnahme, wenn die Krankenkasse den Versicherten an einen außerhalb belegenen Ort beurlaubt habe, und es dem Versicherten ohne sein Verschulden unmöglich sei, in den Kassenbezirk zurückzukehren. Wenn auch im vorliegenden Falle die M. nicht beurlaubt gewesen sei, so habe sie sich auch nicht unwillkürlich aus dem Kassenbezirk entfernt, denn die Beklagte hätte nicht die gesetzliche Befugnis gehabt, der Ueberweisung der M. nach S. zu widersprechen.

Die Beklagte beantragte Klagabweisung und erwiderte, die Klägerin habe das Heilverfahren in ihrem Interesse eingeleitet, um den Eintritt der dauernden Erwerbs-

Digitized by Google

unfähigkeit der M. zu verhindern. Nach § 18 Abs. 3 JVG. gingen die Verpflichtungen der Krankenkasse gegen den Versicherten während der Dauer des Heilverfahrens auf die Versicherungsanstalt über und nach § 18 Abs. 2 könne die Unterbringung in einem Krankenhause erfolgen. In beiden Fällen habe die Krankenkasse nur Ersatz in Höhe des Krankengeldes zu leisten. Die Klägerin habe, als sie das Heilverfahren einleitete, gewußt, daß es sich um eine schwerkranke Person handelte und daß bei ihr auch Rückfälle oder vorübergehende Verschlimmerungen wieder eintreten konnten. Ein Wiederaufgeben der gewählten und begonnenen Heilbehandlung müsse aber, sofern dadurch ein nachteiliger Einfluß auf die Behandlung ausgeübt werde, als unzulässig bezeichnet werden. Die Klägerin habe in ihrem Interesse die M. veranlaßt, den Kassenbezirk zu verlassen. Sie habe daher, solange die M. verhindert war, in den Kassenbezirk zurückzukehren, die der M. gegenüber übernommenen Verpflichtungen erfüllen müssen. Hierzu habe auch die Verpflegung der M. in dem Krankenhaus in S. gehört. Die Beklagte habe nur die Pflicht gehabt, der Klägerin das in Betracht kommende Krankengeld zu erstatten, denn der Erfüllungsort für die Leistungen der Krankenkasse sei der Kassenbezirk. Das Amtsgericht erkannte nach dem Klageantrage aus folgenden Gründen:

Es fragt sich zunächst, ob die Klägerin berechtigt war, das Heilverfahren abzubrechen, als die Erkrankung der M. Krankenhausbehandlung erforderte. Das muß bejaht werden. Die Einleitung von Heilverfahren steht im freien Ermessen der Versicherungsanstalten. Daraus ergibt sich ohne weiteres, daß die Versicherungsanstalten grundsätzlich auch jederzeit von einem begonnenen Heilverfahren zurücktreten können. Nur darf der Rücktritt nicht unwillkürlich und zur Unzeit, d. h. unter unbilliger Benachteiligung des Versicherten erfolgen. (Rosin, das Recht der Arbeiterversicherung Bd. 2 S. 997). Das ist hier nicht geschehen, denn unstreitig war das Sophienhaus in S., wo das Heilverfahren stattfand, nicht geeignet, der M. die erforderliche Behandlung und Pflege zu gewähren, als sie den Rückfall an Gelenkrheumatismus bekam. Die Unterbringung im Krankenhause war also nicht nur keine Benachteiligung für sie, sondern war nach Sachlage notwendig. Wenn die Klägerin nach § 18 Abs. 2 JVG. auch berechtigt war, das Heilverfahren durch Unterbringung der M. im Krankenhause zu gewähren, so bestand für sie doch keine Verpflichtung, diese Art des Heilverfahrens zu wählen, sondern sie konnte es abbrechen, als die von ihr bestimmte Anstalt dazu nicht mehr geeignet war. Mit der Unterbrechung des Heilverfahrens trat für die Beklagte wieder die Verpflichtung ein, die weitere Behandlung der M. zu übernehmen.

Nach § 18 Abs. 3 JVG. gehen beim Eintritt eines Heilverfahrens bei krankenversicherungspflichtigen Personen die Verpflichtungen der Krankenkasse gegen den Versicherten auf die Versicherungsanstalt über. Daraus ergibt sich, daß, wenn das Heilverfahren beendet oder unterbrochen ist und der Versicherte noch weiter krank ist, die auf die Versicherungsanstalt übergegangenen Pflichten ohne weiteres kraft Gesetzes wieder auf die Krankenkasse übergehen, soweit diese noch nach Statut oder Gesetz leistungspflichtig ist. Das war hier der Fall, da die M. Mitglied der Beklagten war und deren gesetzliche oder statutarischen Leistungen noch nicht voll erfüllt waren, die Beklagte kann sich nicht darauf berufen, daß der Erfüllungsort für ihre Leistungen der Kassenbezirk ist und daß ihre erkrankten Mitglieder, die den Kassenbezirk verlassen, nach dem Statut keinen Anspruch auf freie ärztliche Behandlung und Arznei haben. Wenn diese Grundsätze auch für die Regel gelten, so können sie doch nicht angewandt werden in Fällen, wo das Kassenmitglied im Einverständnis mit der Kasse den Kassenbezirk verlassen hat. Die Beklagte blieb demnach verpflichtet, für die M. trotz ihrer Abwesenheit zu sorgen dadurch, daß die Klägerin dafür Sorge trug, daß der M. die erforderliche ärztliche Behandlung und Verpflegung im Krankenhause gewährt wurde, erfüllte sie demnach eine Verpflichtung der Beklagten, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse lag. Der Klägerin steht daher nach § 683 BGB. ein Anspruch auf Ersatz ihrer Aufwendungen zu.

Der Klageanspruch ist aber auch aus dem Gesichtspunkte der ungerechtfertigten Bereicherung begründet. Die M. hätte, als sie derart erkrankte, daß ihre Behandlung im Krankenhause erforderlich wurde, nach § 57a Abs. 2 KVK. die Gemeindekrankenversicherung oder die Ortskrankenkasse ihres Aufenthaltsorts oder wegen armenrechtlicher Hilfsbedürftigkeit die Gemeinde ihres Aufenthalts im Wege der Armenpflege in Anspruch nehmen müssen, wenn nicht die Klägerin, trotzdem sie das Heilverfahren unterbrochen hatte, vorläufig weiter für sie gesorgt hätte. In beiden Fällen wäre die Beklagte nach § 57 oder 57a KVG. verpflichtet gewesen, die Kosten der Krankenhausbehandlung zu erstatten. Die Klägerin hat also dadurch, daß sie die Kosten verauslagte, eine Verpflichtung erfüllt, die sonst der Beklagten erwachsen wäre. Die Beklagte ist demnach auf Kosten der Klägerin ohne Rechtsgrund bereichert.

Demnach ist der Klage unter Anwendung von § 91 ZPO. stattzugeben.

Anmerkung: Die beklagte Kasse legte Berufung ein. Das Landgericht in Hamburg bestätigte aber die Vorentscheidung.

Die Entscheidungen sind verfehlt. Zur Tragung der Kosten einer nicht von ihr selbst angeordneten Krankenhauspflege war die Kasse überhaupt nicht verpflichtet. Einen Anspruch hatte die Versicherte nur auf Krankengeld und auf ärztliche Behandlung nebst Heilmitteln. Die Kosten dieser letzteren Leistung wären im wirklich entstandenen notwendigen Betrage nachzuweisen gewesen. Die Forderung eines Pauschsatzes dafür ist gänzlich unbegründet, da weder § 57 noch § 57a KVG. zutrifft. Überdies betrüge der Pauschsatz nach diesen Bestimmungen doch nur die Hälfte des Krankengeldes, also 50 Pf. auf den Tag, während die Gerichte unbedenklich 1 M. zugesprochen haben! Der Klageanspruch ist aber auch dem Grunde nach gänzlich ungerechtfertigt. Mit Recht hat

Digitized by Google

die Beklagte geltend gemacht, daß sie außerhalb ihres Kassenbezirks zur Gewährung der ärztlichen Behandlung usw. überhaupt nicht verpflichtet gewesen sei (siehe Näheres bei Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 224). Demgegenüber ist es gleichgültig, ob die Versicherte nach ihrer Erkrankung rein aus eigener Entschließung oder auf Veranlassung der Landesversicherungsanstalt den Kassenbezirk verlassen hatte. War die Kranke, als die Versicherungsanstalt das Heilverfahren ihrerseits einstellte, weiter hilfsbedürftig und außerstande, in den Kassenbezirk zurückzukehren, so mußte der Armenverband angegangen werden. Ein der Kasse obliegendes Geschäft wurde durch die Bezahlung der Heilkosten hiernach nicht besorgt; daher ist der Anspruch der Versicherungsanstalt aus § 683 BGB. nicht zu begründen. Ebenso läßt er sich nicht aus grundloser Bereicherung herleiten. Überdies setzt ein solcher Anspruch voraus, daß die Vermögensverschiebung sich „unmittelbar zwischen den Parteien" vollzogen habe (Entsch. des Reichsger. 66 S. 80; Jur. Wochenschr. 1905 S. 80, 1907 S. 389). Daher hätte sich die Versicherungsanstalt, wenn sie etwas bezahlt hatte, wozu sie nicht verpflichtet war, nur an das Sophienhaus, dieses wiederum nur an das städtische Krankenhaus halten können, und nur diesem hätte es zugestanden, sich wegen der vermeintlichen „Bereicherung" an die Krankenkasse zu halten. Wie ein direkter Anspruch der Versicherungsanstalt gegen die Krankenkasse begründet sein soll, ist ganz unerfindlich.

(H1.) **Der Beschäftigungsort und die Versicherungspflicht von Dienstboten bestimmt sich auch während einer Reise mit der Herrschaft regelmäßig nach dem Wohnorte der Herrschaft.**

Bescheid des **Herzogl. Braunschw. Verwaltungsgerichtshofs** vom 2. Oktober 1912.

Sachlich handelt es sich um die Frage, ob Hausgesinde, das die Herrschaft in die Sommerfrische begleitet, am Orte des Sommeraufenthalts krankenversicherungspflichtig wird. Bei Bejahung dieser Frage würde die Dienstmagd S. trotz der unterlassenen Anmeldung Pflichtmitglied der beigeladenen Ortskrankenkasse geworden sein und gegen diese einen Fürsorgeanspruch erworben haben, der alsdann nach § 57 Abs. 2 KVG. — vgl. auch § 62 UVG. — auf den unterstützenden Ortsarmenverband übergegangen wäre. Die Krankenversicherungspflicht der S. in Bad Harzburg ist indessen zu verneinen. Die Zwangsversicherung der Dienstboten ist zwar einstweilen durch das Landesgesetz vom 26. Mai 1896 Nr. 28 eingeführt (vgl. für den Rechtszustand ab 1. Januar 1914 RVO. § 165 Ziff. 1 und VO. vom 5. Juli 1912 — RGBl. S. 439 —), aber schon die Materialien dieses Gesetzes weisen darauf hin, daß nur eine gesetzliche Ausdehnung der reichsrechtlichen Krankenversicherungspflicht beabsichtigt war (vgl. Drucks. des 23. ordentl. LT., Anl. 22 und dazu Sitzungs-Ber. 7 S. 70 ff.; ferner Anl. 91 und 136). Dieser Absicht des Gesetzgebers wird auch im Gesetze selbst insofern Rechnung getragen, als § 1 die Zwangsversicherung der Dienstboten „nach Maßgabe des Krankenversicherungsgesetzes" verordnet. Demnach kommen die Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes und ihre Auslegung in Wissenschaft und Rechtsprechung auch für die landesrechtliche Krankenversicherung der Dienstboten zur Anwendung. Nach §§ 5 und 16 KVG. ist die Krankenunterstützung von der Kasse zu gewähren, in deren Bezirk der Versicherte beschäftigt ist. Als dieser Beschäftigungsort gilt aber bei häuslichen Dienstboten regelmäßig der Ort, wo die Haushaltung geführt wird, zu deren Mitbesorgung der Dienstbote angenommen ist. Der Sitz der Haushaltung fällt in der Regel mit dem Wohnort der Herrschaft zusammen; nur unter ganz besonderen Verhältnissen und ausnahmsweise wird ein anderer Ort als der Wohnsitz der Dienstherrschaft als Beschäftigungsort des Hausgesindes gelten können (vgl. Hahn, 6. Aufl. Anm. 1c zu § 5a KVG.; Hoffmann, Anm. 4 zu § 5 KVG.; Arb.-Versorgg. 11 183 ff.; Reger 21 143 ff.; Amtl. Nachr. des RVA. 1900 S. 841 Nr. 864). Diese Ausnahmefälle beziehen sich auf Dienstboten, welche lediglich für die Zeit oder den Ort des Sommeraufenthalts angenommen sind; für sie kommt als Beschäftigungsort nur der Ort des zeitweiligen Aufenthalts der Dienstherrschaft in Betracht. Die unterstützte Dienstmagd S. war in Wilmersdorf zur Besorgung häuslicher Dienstleistungen und mit Zugehörigkeit zum Hausstande der Herrschaft eingestellt. Während des vorübergehenden, wenn auch zwei Monate andauernden Aufenthalts in Bad Harzburg verblieb die Haushaltung der Herrschaft in Wilmersdorf, wo der sachliche Bestandteil des Haushalts, die häusliche Einrichtung, zurückgelassen war. Bei dieser Sachlage hat Wilmersdorf, nicht aber Bad Harzburg als Beschäftigungsort der S. im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes zu gelten. Sie ist deshalb während des Harzburger Sommeraufenthalts nicht Pflichtmitglied der beigeladenen Ortskrankenkasse geworden und hat aus ihrer Erkrankung gegen diese Unterstützungsansprüche nicht erworben. Die Erstattungsforderung des klagenden Ortsarmenverbandes ist mithin nicht begründet, so daß er durch die angegriffene Entscheidung, die das bestehende Recht zutreffend anwendet, in seinen Rechten nicht verletzt wird. Die Klage ist daher kostenpflichtig (§ 36 VerwRpflG.) abzuweisen.

(H.) **Rücktrittsrecht eines Kassenarztes aus einem wichtigen Grunde.**

Urt. des **Reichsgerichts**, 3. Zivils., v. 17. Dez. 1912.

Der Kläger hatte durch seinen Vorstand zur Zeit des sog. Aerztestreiks in B. den Beklagten durch Vertrag vom 8. Juni 1910 als Kassenarzt für die Zeit vom 15. Juni 1910 bis 15. Juni 1918 gegen 10000 M. Jahresgehalt angestellt. Der Beklagte hat die Stellung nicht angetreten, und der Kläger verlangt nun die im § 10 des Vertrages für Verweigerung der Vertragserfüllung angedrohte Vertragsstrafe von 12000 M. Der Beklagte hat außer mehreren im Rechtszuge der Revision nicht weiter erfolgten Einwendungen als wichtige Gründe für sofortigen Rücktritt vom Vertrage geltend gemacht: Er habe dem sog. L.er Aerzteverband sein Ehrenwort

Digitized by Google

gegeben, keine „Konfliktstelle" anzunehmen. Ihm habe ferner Ueberlastung mit Arbeit gedroht, da der Kläger zu wenig Aerzte angestellt habe. Ein Teil dieser Aerzte sei nach Persönlichkeit und Leistungsfähigkeit nicht einwandfrei, einer davon habe die Stellung unter Ehrenwortbruch gegenüber dem L.er Verbande angenommen. — Das Landgericht hat den Klageanspruch dem Grunde nach für berechtigt erkannt, das Oberlandesgericht durch das in der Entscheidung bezeichnete Urteil die Berufung zurückgewiesen.

Dagegen richtet sich die Revision, die der Beklagte mit der Ausführung begründet hat, daß die gegen die Persönlichkeit mehrerer von den Kassenärzten zu erhebenden Einwendungen einen wichtigen Grund zu fristloser Kündigung abgeben.

Die Revision hatte keinen Erfolg.

Aus den Gründen:

Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats ist im Rechtszuge der Revision nur nachzuprüfen, ob ein bestimmter Tatumstand allgemein geeignet ist, einen wichtigen Grund im Sinne des § 626 BGB. zu bilden. Ob im Einzelfalle der gegebene Tatbestand sich als wichtiger Grund darstellt, ist Sache der tatsächlichen Würdigung (vgl. Jur. Wochenschr. 1901, 209 Nr. 9; 1906, 813 Nr. 9; 1912, 192 Nr. 12).

Vorliegendenfalls hat das Oberlandesgericht den Rechtsbegriff des wichtigen Grundes nicht verkannt. Es leugnet nicht etwa, daß ein Grund zu fristloser Kündigung gegeben sein kann, wenn der Vertragserfüllung ein Ehrenwort des Schuldners entgegensteht. Es geht vielmehr — ob mit Recht, kann dahingestellt bleiben — offenbar davon aus, daß bei solcher Sachlage fristlose Kündigung an sich zulässig sein kann. Aber es versagt diese Befugnis hier dem Beklagten, weil das Ehrenwort schon durch den Vertragsabschluß gebrochen sei. Das ist eine rein tatsächliche, nicht rechtsirrtümliche Erwägung.

Mit Unrecht verlangt die Revision für den Beklagten Befugnis und Gelegenheit, die Folgen des Wortbruchs durch Vertragsbruch gegenüber dem Kläger zu beseitigen. Daß der Beklagte diese Folgen zu beseitigen wünscht, ist verständlich, aber sein nachheriger Sinnesänderung entspringender Wunsch muß der Rücksicht auf die Notwendigkeit der Vertragstreue weichen (Entsch. des Reichsger. in Zivils. 78, S. 19).

Auch die Erwägungen, auf Grund deren das Berufungsgericht der Furcht vor Ueberlastung die Eigenschaft eines wichtigen Grundes abspricht, sind nicht rechtsirrtümlich. Das Berufungsgericht verweist den Beklagten auf die Anrufung des Klägers und der Aufsichtsbehörde und nimmt — rein tatsächlich — an, daß dadurch Abhilfe zu erlangen gewesen sein würde. Die Möglichkeit, daß eine derartige Anrufung zu einer Trübung des Verhältnisses führen konnte, gibt dem Beklagten nicht das Recht, sich vom Vertrage loszusagen. Aus der angeblich geringen Befähigung und Leistungsfähigkeit der anderen Kassenärzte, von denen der Beklagte nicht behauptet hat, daß sie den von der Regierung gestellten Anforderungen nicht entsprochen hätten, kann er einen Grund zu fristloser Kündigung nicht entnehmen. Das gleiche gilt hinsichtlich der gegen die Persönlichkeit einzelner Kassenärzte in sittlicher oder gesellschaftlicher Beziehung erhobenen Bemängelungen.

Anmerkung: Das in der vorstehenden Entscheidung erwähnte frühere Urteil des Reichsgerichts ist in Arb.-Versorgg. 1912 S. 331 seinem wesentlichen Inhalte nach mitgeteilt. Gegen die darin (wie in dem vorstehenden Urteile) ausgedrückte Auffassung erhebt der Geh. Justizrat Dr. Marcus im „Recht" (1913 Sp. 129) Bedenken, indem er folgendes geltend macht:

„Sieht man von den sonstigen Ausführungen dieses Urteils ab, so gibt dasselbe doch, verallgemeinert für alle Dienstverträge, bei denen Leistungen höherer Art in Frage stehen, zu mannigfachen Bedenken Anlaß. Ihnen seien bei der Wichtigkeit des § 626 cit. und der prinzipiellen Schwierigkeit der Umgrenzung seines Inhalts (Oertmann, Komm. Anm. 2 § 626 cit.) nachstehende Bemerkungen gewidmet, wobei insbesondere auch an die Anstellungsverträge in allen gewerblichen, kommerziellen u. a. Unternehmungen gedacht ist: Das Argument aus der Notwendigkeit der Wahrung der Vertragstreue trifft nicht zu. Allerdings als Grundprinzip des ganzen Vertragsrechts anerkannt, wird es vom Gesetzgeber geopfert, wenn höhere Interessen in Frage kommen. Das ist eben stets die Frage, wenn es sich um Anwendung von §§ 626, 826, 242 BGB., §§ 70, 92 Abs. 2 HGB u. a. handelt. Gründe der Sittlichkeit, welche deshalb z. B. im § 352 Abs. 2 des schweiz. Obligationenrechts ausdrücklich als ‚wichtige Gründe' zu jederzeitiger Auflösung von Dienstverträgen aufgezählt werden, stehen also in erster Reihe. Diese können ihre Grundlage in Standesanschauungen wie in den persönlichen Ueberzeugungen des Dienstpflichtigen finden, und soweit jene durch solche getragen werden, kann es nicht darauf ankommen, wann der Verpflichtete die Ueberzeugung gewonnen, daß er aus Gründen der Sittlichkeit nicht beim Vertrage stehen bleiben dürfe. Widerspruch muß also erhoben werden, wenn das Reichsgericht allgemein ausspricht, daß eine Ueberzeugungsänderung einen wichtigen Grund nicht abgebe, wenn die Umstände dem Vertragsgenossen früher bekannt waren und in ihrer Bedeutung und Tragweite damals gewürdigt werden konnten. Nein — die Erkenntnis der Sittenwidrigkeit, nicht ihre Erkennbarkeit entscheidet, und der Richter hat nur zu prüfen, ob jene sittlichen Bedenken bei Abwägung der beiderseitigen Vertragsinteressen das Lösungsverlangen rechtfertigen. Mißbilligung seiner Vertragsgenossen gegen die Vertragseingehung oder Fortsetzung des Verhältnisses können bei freien Berufen durchaus solche Tragweite annehmen, daß das Recht der Persönlichkeit des Dienstpflichtigen die Vertragsaufhebung dringend gebietet. Das hat unseres Erachtens das Reichsgericht prinzipiell aus nicht überzeugenden Gründen verneint, und dabei überschätzt das Interesse der Allgemeinheit, das durch den klagenden Verband vertreten wurde.

Wer Stammlers Lehre vom ‚richtigen Recht' erfaßt hat, muß den § 626 cit. immer für vorliegend erklären, wenn bei Fortsetzung des Vertragsverhältnisses die Persönlichkeitsbetätigung des Dienstpflichtigen verkümmert wird, wenn er den begrenzten Zielen des Vertragsgenossen seine Ehre, die Achtung seiner Genossen opfern muß. Ein solcher Zwang verstößt gegen die guten Sitten und soweit dies der Fall, ist ein wichtiger Dienstauflösungsvertragsgrund stets anzuerkennen." — —

Man kann diesen Ausführungen vielleicht eine gewisse prinzipielle Berechtigung zuerkennen und muß ihnen doch aufs entschiedenste widersprechen, insoweit sie darauf

Digitized by Google

hinauslaufen, daß das Gericht in dem von ihm entschiedenen Falle „bei Abwägung der beiderseitigen Vertragsinteressen" fehlgegriffen und „das Interesse der Allgemeinheit, das durch den klagenden Verein vertreten wurde", überschätzt habe. Welcher Art war denn dies Interesse? Die Krankenkassen haben ihren Mitgliedern für Krankheitsfälle ärztliche Behandlung bereitzustellen — in natura! Eine rechtliche Möglichkeit, diese Sachleistung durch eine Geldleistung zu ersetzen, ist ihnen nicht gegeben (vgl. für die Zukunft: § 370 RVO.). Die Aerzte aber haben keine Rechtspflicht, die Behandlung der Kassenmitglieder zu übernehmen, wenn sie sich nicht vertraglich dazu verpflichtet haben. Die Kassen müssen sich also der Dienste der Aerzte durch Verträge versichern, um ihrer Pflicht genügen zu können, ihrer öffentlich-rechtlichen Fürsorgepflicht, von deren gehöriger und prompter Erfüllung die Gesundheit der Mitglieder und in weiterer Folge die Volksgesundheit abhängt. Dies ist das Allgemeininteresse, welches eine Kasse wahrnimmt, wenn sie die Aerzte, die sich ihr verpflichtet haben, am Vertrage festzuhalten strebt. Und das Interesse jenes Arztes? Er hatte kein Bedenken getragen, sich von der Mehrheit seiner Standesgenossen zu trennen, indem er den Vertrag mit der Kasse schloß und trug später kein Bedenken, die Vertragstreue zu brechen, weil er nachträglich seine Isolierung als peinlich und „standesunwürdig" empfand. Was wiegt das Interesse dieses Braven gegen das von der Kasse vertretene Interesse der Allgemeinheit? Ein Quentchen!

B. Zur Unfallversicherung.

(H.) **Zur Versicherungspflicht und berufsgenossenschaftlichen Zugehörigkeit der Obstpächter.**

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 25. April 1912.

Im allgemeinen gelten diejenigen Personen, welche das Obst fremder Bäume zur Aberntung ersteigern und mangels eigenen landwirtschaftlichen Betriebs bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft nicht versichert sind, bei der Obsternte als im landwirtschaftlichen Betriebe des Baumbesitzers beschäftigte Personen (Arbeiter), wenn ihnen nicht etwa eine nennenswerte Fürsorge für den Grund und Boden durch Vertrag (Verpachtung) derart übertragen ist, daß sie selbst als Unternehmer eines auf die Obsterzeugung gerichteten Betriebs anzusehen sind. Dagegen werden diejenigen Personen, die durch eigenen Grundbesitz bei der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft als Unternehmer versichert sind, wenn sie bei der Aberntung fremder Bäume verunglücken, meist als in ihrem eigenen landwirtschaftlichen Betriebe tätig anzusehen sein, sofern nur die Aberntung mit diesem Betrieb in wirtschaftlichem Zusammenhange steht. Regelmäßig ohne Bedeutung für die Versicherungspflicht ist es, ob der Obstpächter im übrigen in dem Straßenbau- und Obstbaubetriebe beschäftigt wird. Ist der Obstpächter für einen dritten Obststeigerer tätig und unterhält dieser einen versicherungspflichtigen Betrieb, zu dem die Obsternte gehört, so hat die Berufsgenossenschaft, welcher der Obststeigerer angehört, einzutreten. Die Frage, ob etwa eine bei der Obsternte beschäftigte und dabei verunglückte Person nur dann durch die Berufsgenossenschaft zu entschädigen ist, wenn der Verunglückte das Obst unmittelbar für den Eigentümer der Bäume, etwa den Kommunalverband, pflückt, und dieser es erst nach dem Pflücken verkauft, ist zu verneinen.

Im übrigen ist die versicherungspflichtige Einbeziehung eines Obstpflückers, der für den Obstkäufer tätig ist, in die Unfallversicherung des Betriebs des Baumbesitzers nur unter der Voraussetzung möglich, daß der Obstpflücker nach seinen wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen noch auf der Stufe der Arbeiter und Kleinunternehmer steht, für deren Schutz die öffentlich-rechtliche Unfallversicherung bestimmt ist.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

(H.) **Zu § 1445 Abs. 3 RVO. mit Art. 79 Einf.Ges.**

Revisionsentscheidungen des **Reichsversicherungsamts** a) vom 17. Januar 1912, b) vom 3. Dezember 1912.

a)

Da das Verfahren am 1. Januar 1912 noch schwebte, so war der Anspruch der Klägerin nach Art. 79 Einf.Ges. z. RVO. auch in der Richtung zu prüfen, ob die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung für sie günstiger seien als die des Invalidenversicherungsgesetzes. Nach der Wortfassung und dem Sinne des Art. 79 a. a. O. kann es aber einem Zweifel nicht unterliegen, daß die Anwendung der Reichsversicherungsordnung auch bei Revisionen der Versicherungsträger zulässig ist und geboten sein kann, vorausgesetzt natürlich, daß die Rechtsstellung der die Revision einlegenden Partei dadurch im Ergebnis keine Verschlechterung erfährt (Unzulässigkeit der reformatio in pejus; zu vgl. Revisionsentscheidungen 486 und 1132, Amtl. Nachr. 1896 S. 177 und 1904 S. 421).

Die sachliche Prüfung auf Grund der Reichsversicherungsordnung führt aber zu dem Ergebnis, daß die Wartezeit nach diesem Gesetze jedenfalls für erfüllt zu erachten ist. § 1445 Abs. 3 RVO. schreibt vor, daß nach Ablauf von zehn Jahren seit Aufrechnung der Quittungskarten die rechtsgültige Verwendung der in der Aufrechnung bescheinigten Marken nicht mehr angefochten werden kann, es sei denn, daß die Markenverwendung — wovon vorliegendenfalls nicht die Rede ist — in betrügerischer Absicht erfolgt ist. Die Aufrechnung der Quittungs-

Digitized by Google

karte 1, welche die zurückverwendeten Marken enthält, ist spätestens am 2. März 1900 bei Ausstellung der Karte 2 erfolgt; der Bescheid der Beklagten, der die erste Anfechtung der Gültigkeit der Marken gegenüber der Klägerin darstellt, ist unter dem 10. Januar 1911 erlassen worden, also erst nach Ablauf von mehr als zehn Jahren seit der Aufrechnung der Karte 1. Das gleiche würde übrigens gelten, wenn man bereits in dem Ersuchen der Beklagten an den Landrat zu H. vom 28. November 1910 eine Anfechtung im Sinne des § 1445 Abs. 3 a. a. O. erblicken wollte, weil darin die Gültigkeit der Beiträge bereits in Zweifel gezogen worden ist. Die Anfechtungsfrist ist somit verstrichen, und aus der tatsächlichen Beitragsleistung ist demnach jetzt unbestreitbares materielles Versicherungsrecht geworden (zu vgl. Kommissionsbericht zur Reichsversicherungsordnung IV S. 192 und 193). Hiernach ist zweifellos die Reichsversicherungsordnung dem Anspruch der Klägerin günstiger als das Invalidenversicherungsgesetz, und daher sind ihre Vorschriften gemäß Art. 79 Einf. Ges. z. RVO. vorliegendenfalls anzuwenden. Bei Anrechnung der Marken der Karte 1 ist aber die Wartezeit erfüllt und der Rentenanspruch der Klägerin begründet.

b)

Gegen die dieser Entscheidung (1601 Amtl. Nachr. 1912 S. 681; vgl. auch 1600 das. S. 680) zugrunde liegende Auffassung hat in einer anderen Sache der Vorstand der beklagten Versicherungsanstalt Einwendungen erhoben. Er führte aus, daß die Auffassung des Reichsversicherungsamts mit anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nicht in Einklang zu bringen sei, nämlich mit den §§ 1278 Nr. 1 und 1279 Abs. 1 über den Nachweis von mindestens 100 Pflicht- oder Selbstversicherungsbeiträgen, mit den §§ 1243, 1244, die ein Ausscheiden aus einem zur Selbstversicherung berechtigenden oder die Versicherungspflicht begründenden Verhältnisse voraussetzten und dem § 1446 Abs. 1, wonach Beiträge, die in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet worden sind und nicht zurückgefordert werden, als für die Selbstversicherung oder Weiterversicherung entrichtet gelten, wenn das Recht dazu in der Zeit der Entrichtung bestanden hat. Der Vorstand verweist weiter darauf, daß eine strenge Auslegung des § 1445 Abs. 3 auch um deswillen geboten sei, weil sonst eine unbegrenzte Menge von Personen, für welche die Invalidenversicherung nicht bestimmt sei, sich in sie eindränge und eine ungünstige Zusammensetzung des Bestandes der Versicherten herbeiführe. Im übrigen werde man beim Festhalten an der Revisionsentscheidung 1600 zu Folgerungen kommen, die an den Grundlagen der Invalidenversicherung rütteln. So z. B. sei es kaum abzulehnen, nach Ablauf der Schutzfrist des § 1445 Abs. 3 Beitragsmarken als rechtsgültig zu behandeln, die vor Vollendung des 16. Lebensjahres oder nach Eintritt des Versicherungsfalles entrichtet seien; auch werde man es nach Ablauf der Schutzfrist nicht mehr rügen können, wenn jemand erst nach Vollendung des 40. Lebensjahres in die Selbstversicherung eingetreten sei. Schließlich stellt der Vorstand die Forderung auf, daß Rentenbewerber, die niemals versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt waren, mit Hilfe des § 1445 Abs. 3 nur dann eine Rente sollten erlangen können, wenn sie eine Wartezeit von 500 Beitragswochen erfüllt hätten und wenn diese 500 Beiträge durch Ablauf der zehnjährigen Frist unanfechtbar geworden seien. Letztere Voraussetzung sei aber im vorliegenden Falle nicht erfüllt.

Diese Einwendungen, so beachtenswert sie sind, hat der Senat nicht für stichhaltig ansehen können. Um den letzten Punkt vorwegzunehmen, so wäre es vielleicht zweckmäßig gewesen, wenn der Gesetzgeber in den Fällen des § 1445 Abs. 3 verlangt hätte, daß mindestens 500 Beiträge durch Zeitablauf gedeckt sein müssen. In dem Wortlaute des Gesetzes findet jedenfalls die Forderung der Beklagten keine Stütze. Im übrigen verlangt auch die bisherige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts in den Fällen des § 1445 Abs. 3 den Nachweis von mindestens 100 durch Zeitablauf gedeckten Pflicht- oder Selbstversicherungsbeiträgen. Nur muß man sich hier naturgemäß — dem Zwecke der Vorschrift Rechnung tragend — mit Beiträgen begnügen, die der Rentenbewerber in der Absicht der Pflicht- oder Selbstversicherung entrichtet hat, auch wenn in Wirklichkeit ein Verhältnis, daß die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung begründete, nicht vorlag. Welche Absicht im einzelnen Falle bestanden hat, kann nur aus den Umständen, unter denen die Markenverwendung geschah, insbesondere der Farbe der Karte, den Erklärungen der Beteiligten usw. geschlossen werden. Eine nähere Feststellung hierüber ist aber dann nicht erforderlich, wenn — wie hier — im ganzen mehr als 500 Beiträge vorliegen. Aehnlich verhält es sich auch mit den aus den §§ 1243, 1244 RVO. hergeleiteten Bedenken. Ihrer sinngemäßen Anwendung in den Fällen des § 1445 Abs. 3 steht jedenfalls dann nichts im Wege, wenn der Versicherte aus dem vermeintlichen Pflicht- oder Selbstversicherungsverhältnis ausscheidet und nunmehr weiterhin Beiträge entrichtet. Scheidet aber der Versicherte — wie hier — aus dem der Markenverwendung zugrunde liegenden Verhältnisse überhaupt nicht aus, so ist anzugeben, daß ein Anwendungsfall der §§ 1243, 1244 a. a. O. streng genommen nicht vorliegt. Wäre es aber zulässig, die durch Zeitablauf nicht geschützten Marken als ungültig zu behandeln, so würde es wohl nur in den seltensten Fällen gelingen, auf Grund des § 1445 Abs. 3 einen Rentenanspruch zu erheben, weil der Wegfall der ungültigen Marken in der Regel ein Erlöschen der Anwartschaft zur Folge haben wird. Da dieses Ergebnis der Absicht des Gesetzgebers offenbar zuwiderläuft, muß es zulässig sein, die durch Zeitablauf nicht geschützten Marken in jedem Falle als für die Zwecke der Weiterversicherung verwendet gelten zu lassen.

Auf die Vorschrift des § 1446 Abs. 1 RVO. kann sich der Vorstand um deswillen nicht berufen, weil diese Vorschrift bereits in § 1428 Abs. 1 des Entwurfs enthalten war und die Reichstagskommission trotz des Hinweises der Regierung auf diese bereits über die bisherige Praxis hinausgehende neue Vorschrift die Rechte der Versicherten für noch nicht genügend gewahrt gehalten und deshalb den jetzigen § 1445 Abs. 3 in den Entwurf eingestellt hat (zu

Digitized by Google

vgl. Komm. Ber. über den Entw. einer RVO. IV S. 193).

Nicht zu verkennen ist, daß auf dem Wege des § 1445 Abs. 3, wenn die Befürchtungen der Versicherungsanstalten sich bewahrheiten, eine große Zahl von Personen, für welche die Invalidenversicherung nicht bestimmt ist, deren Leistungen in Anspruch nehmen kann. Immerhin dürften die schlimmsten Auswüchse durch eine strenge Ueberwachung der im vorgerückten Alter in die Versicherung eintretenden Personen hintangehalten werden können.

Nicht anzuerkennen vermag der Senat endlich die Folgerungen, welche der Vorstand aus der Rev.Entsch. 1600 ziehen zu müssen glaubt. Der Zweck des § 1445 Abs. 3 ist es, nach Ablauf eines Zeitraums von zehn Jahren Streitigkeiten darüber, ob die im Hinblick auf bestimmte tatsächliche Verhältnisse geleisteten Versicherungsbeiträge entrichtet werden mußten oder durften, nicht mehr zuzulassen. An die Stelle einer an sich notwendigen Entscheidung der Versicherungsanstalt oder der Versicherungsbehörden soll in solchen Fällen der Zeitablauf treten; er entscheidet zugunsten des Versicherten. Einer Entscheidung bedarf es aber nicht über Fragen, die durch das Gesetz selbst eindeutig geregelt sind. Daß die Versicherungspflicht auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung erst mit dem vollendeten sechzehnten Lebensjahre beginnt, daß man zur Selbstversicherung nur bis zum vollendeten vierzigsten Lebensjahre berechtigt ist, das sind Dinge, die jedermann wissen muß. Niemand kann sich in seinen Rechten und namentlich in seinem guten Glauben verletzt fühlen, wenn ihm später im Rentenverfahren gesagt wird, die Beiträge, die er vor dem vollendeten sechzehnten Lebensjahre oder nach Vollendung des vierzigsten Lebensjahres in die Selbstversicherung eintretend geleistet hat, seien unzulässig. Zweifelhaft liegt dagegen der Fall, wenn Beiträge für eine von Anfang an erwerbsunfähige Person entrichtet werden und nach Ablauf der erforderlichen Zeit ein Rentenantrag gestellt wird. Hier wird im Einzelfalle namentlich geprüft werden müssen, ob etwa der Versicherte oder sein Vertreter oder ein zur Fürsorge für ihn Verpflichteter die Verwendung der Marken in betrügerischer Absicht herbeigeführt hat.

Nach alledem war im vorliegenden Falle die Vorentscheidung nicht aufrechtzuerhalten. § 1445 Abs. 3 RVO. trifft hier zu. Die Markenverwendung ist jetzt nicht mehr zu beanstanden, es müßte denn sein, daß eine betrügerische Absicht im Spiele ist. Für eine solche besteht allerdings nach Lage der Akten kein Anhalt. Indes erschien es angebracht, die Entscheidung darüber zunächst dem Schiedsgericht zu überlassen. An dieses war daher die Sache — zugleich zur Prüfung der Invalidität — zurückzuverweisen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

(II.) Behandlung der Anträge auf Zulassung von Krankenkassen.

In Nr. 6 der „Betriebskrankenkasse" finden wir den Abdruck eines Gutachtens, das Amtsgerichtsrat Hahn auf Ersuchen des Krankenkassenverbandes des Aufsichtsbezirks Stadt Köln erstattet hat. Mit Ermächtigung des Herrn Verfassers teilen auch wir unseren Lesern das Gutachten mit:

„Der Krankenkassenverband des Aufsichtsbezirks Stadt Köln teilt folgendes mit: Im Bezirke bestehen 16 Ortskrankenkassen mit sehr verschiedener Mitgliederzahl (von 198 bis 28 185) und sehr verschiedenem Vermögensstande (von 9171 M. bis 967 921 M.; die kleinste Kasse hat 14 647 M., die größte Kasse auch das größte Vermögen). Alle diese Kassen haben ihre Zulassung beantragt, um sich nach Inkrafttreten des neuen Rechts zu vereinigen. Das Versicherungsamt hat aber sein Gutachten (Art. 80 Einf.Ges. z. RVO.) dahin abgegeben, daß sämtliche Kassen wegen Gefährdung der allgemeinen Ortskrankenkasse, deren Errichtung für den Stadtbezirk beschlossen ist, nicht zugelassen werden sollen. Der Kassenverband beabsichtigt, hiergegen Stellung zu nehmen und ersucht um ein Gutachten darüber, ob eine so weitgehende Auslegung des § 240 Abs. 2 RVO. mit dem Willen des Gesetzgebers vereinbar sei.

Das Versicherungsamt wird vermutlich dem Gutachten eine eingehende Darlegung der Kassenverhältnisse des Aufsichtsbezirks und einen Nachweis der Umstände, in denen die Gefährdung gefunden wird, beigegeben haben. Dies Gutachten ist aber für den inneren Dienst bestimmt. Die Kassen haben keinen Anspruch auf Kenntnis seines Inhalts. Dagegen muß gefordert und darf erwartet werden, daß das Oberversicherungsamt jede einzelne, einen Zulassungsantrag ablehnende Entscheidung mit einer gehörigen Begründung versieht. Es ist vorgekommen, daß einer Kasse lediglich mitgeteilt wurde, ihr Zulassungsantrag werde wegen Gefährdung der allgemeinen Ortskrankenkasse abgelehnt. Ein solcher Bescheid macht das der Kasse im Art. 20 Einf.Ges. gegebene Beschwerderecht illusorisch. Dies Recht kann wirksam nur ausgeübt werden, wenn der ablehnende Bescheid erkennen läßt: 1. in rechtlicher Beziehung, wie das Oberversicherungsamt den keineswegs zweifelsfreien Begriff der Gefährdung des Bestandes oder der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkassen auffaßt, und 2. in welchen tatsächlichen Verhältnissen eine dieser Auffassung entsprechende Gefährdung gefunden wird. Sollte die Entscheidung es daran fehlen lassen, so würde sie schon deshalb anzufechten sein, mit dem Antrage: die Entscheidung aufzuheben und das Oberversicherungsamt anzuweisen, nach erneuter Prüfung eine mit hinreichender Begründung (im bezeichneten Sinne) versehene Entscheidung zu erlassen und der Kasse auf diese Weise von neuem den Beschwerdeweg zu eröffnen.

Solange eine begründete Entscheidung nicht vorliegt, kann auch dies Gutachten nur in einer allgemeinen Darlegung der in Betracht kommenden rechtlichen Gesichtspunkte bestehen. Der besondere Gefährdungsgrund des § 242 liegt offenbar, auch wenn alle 16 Kassen zugelassen würden, nicht vor. Es kann sich nur um den allgemeinen Gefährdungsgrund aus § 240 Ziff. 2 RVO. handeln. Der Bestand der allgemeinen Ortskrankenkasse wäre gefährdet, wenn sie bei Konkurrenz der vorhandenen Kassen nicht einmal den aus § 267 Ziff. 2

Digitized by Google

sich ergebenden Mindestanforderungen genügen könnte. Eine solche Kasse müßte geschlossen werden. Die Gefahr, daß es dazu kommen könnte, bedeutet also eine Gefährdung des Bestandes der Kasse. Daraus ergibt sich, was unter Gefährdung der Leistungsfähigkeit zu verstehen ist. Es kann nicht jene aus § 267 zu entnehmende Mindestleistungsfähigkeit sein, die ohnehin eine Voraussetzung des Bestandes ist, sondern es ist an die besondere Leistungsfähigkeit zu denken, welche der allgemeinen Ortskrankenkasse ohne die Konkurrenz der besonderen Ortskrankenkassen eigen wäre. ‚Es muß die Gefahr bestehen, daß die Kasse die Leistungen, die sie sonst gewähren könnte, auch die nach den örtlichen Verhältnissen wünschbaren Mehrleistungen, entweder überhaupt nicht oder nur mittels einer wesentlichen Erhöhung der Beiträge über dasjenige Maß ermöglichen kann, das sie sonst nötig haben würde (Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 335 Anm. 3b zu § 240). Suchen mehrere Kassen die Zulassung nach, die zusammen eine Gefährdung der allgemeinen Ortskrankenkasse begründen, während einzelne von ihnen wohl zugelassen werden könnten, so hat das Oberversicherungsamt nach pflichtmäßigem Ermessen zu befinden, welche von ihnen zum Schutze des Bestandes oder der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse von der Zulassung auszuschließen ist. § 242 Abs. 2 ist hier nicht anwendbar (Hahn, das. S. 336 Anm. 3c).

Es kann ohne weiteres angenommen werden, daß das Versicherungsamt diese Rechtslage verkannt haben muß, wenn es in seinem Gutachten dahin gelangt ist, die Nichtzulassung aller 16 Kassen zu empfehlen. Denn es ist ganz klar, daß z. B. das Fortbestehen der kleinsten Kasse von nur 198 Mitgliedern für sich allein auch nicht den allergeringsten Einfluß auf die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse ausüben würde; und es ist anzunehmen, daß noch eine ganze Reihe von Kassen, neben der großen allgemeinen Ortskrankenkasse für den ganzen Aufsichtsbezirk, bestehen bleiben könnten, ohne daß sie einen so spürbaren Einfluß auf die Leistungsfähigkeit dieser Kasse ausüben würden, daß man von einer Gefährdung reden könnte. Gerade daß das Versicherungsamt so in Bausch und Bogen über sämtliche Zulassungsanträge abgeurteilt hat, zwingt zu der Annahme, daß es von irrigen rechtlichen und tatsächlichen Voraussetzungen ausgegangen sein muß. Sollte sich also das Oberversicherungsamt bei seiner Entscheidung auf den gleichen Standpunkt stellen, so zweifle ich nicht, daß die Beschwerde mindestens eines großen Teils der bestehenden Kassen Erfolg haben müßte (da ich nicht annehmen kann, daß der Minister sich dem Gewicht der Rechtsgründe gegenüber etwaigen Zweckmäßigkeitserwägungen würde entziehen können). Aber freilich darf man sich auch nicht verhehlen, daß eine Gefährdung der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse am ehesten gerade durch das Fortbestehen der größten und leistungsfähigsten Kassen begründet sein wird und daß daher gerade sie am ehesten der Nichtzulassung verfallen können. Indessen ist auch insoweit selbstverständlich ein bestimmtes Urteil einstweilen nicht möglich, solange nicht ersichtlich ist, auf welche rechtliche Auffassung und auf welche besonderen tatsächlichen Verhältnisse die Ablehnung der einzelnen Zulassungsanträge gestützt wird."

Wir können den Krankenkassen nur empfehlen, dem Beispiel zu folgen, das Amtsgerichtsrat Hahn gegeben hat. Die Kassen tun gut daran, sich um den Ministerialerlaß überhaupt nicht zu kümmern und selbst zu prüfen, wie nach den bestehenden Verhältnissen auf Grund der Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung am besten verfahren wird. Was die Kassen bei dieser Prüfung als richtig erkennen, das müssen sie auch weiter verfolgen. Wenn sie sich dabei in Widerspruch setzen mit Vorschriften des Ministerialerlasses, so ist das nicht so bedeutungsvoll, denn die zuständigen Behörden können nicht umhin, mannigfache Vorschriften in dem Ministerialerlaß als ungültig anzuerkennen. Für die Kassen ist es nicht schwierig, die erforderlichen Beweise hierfür zu erbringen. Das beste wäre es, wenn das preußische Ministerium den Erlaß noch einmal eingehend prüfen würde. Im Interesse der Sache läge es, wenn das Ministerium dabei Vertreter der beteiligten Kassen und auch unparteiische Sachverständige zuzöge. Dieser mit dem Gesetz und dem Willen des Gesetzgebers nicht in Einklang stehende Erlaß kann unseres Erachtens nicht in vollem Umfange bestehen bleiben.

(H.) Sollen die Arbeitgeber die Beiträge zur Angestelltenversicherung in voller Höhe allein tragen?

Mit dieser Frage haben sich viele Arbeitgeberorganisationen beschäftigt. Das Ergebnis war meist, daß sie ihren Mitgliedern den Verzicht auf Erstattung der Hälfte durch die Versicherten nicht empfehlen aus Gründen, wie sie z. B. in folgendem Schreiben eines Fabrikantenvereins an seine Mitglieder zum Ausdruck kommen:

„Nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte sind die Beiträge für die Angestelltenversicherung erstmals zwischen dem 31. Januar und dem 15. Februar 1913 auf das Konto der Reichsversicherungsanstalt bei dem Postscheckamt in Berlin portofrei einzuzahlen. Nach § 176 des Gesetzes hat der Arbeitgeber, der den Versicherten den Beitragsmonat hindurch beschäftigt hat, für sich und ihn den Beitrag zu entrichten. Die Versicherungspflichtigen müssen sich nach § 178 bei der Gehaltszahlung die Hälfte der Beiträge, und wer über die gesetzliche Gehaltsklasse hinaus versichert, ohne die Versicherung in einer höheren Gehaltsklasse mit dem Arbeitgeber vereinbart zu haben, auch den Mehrbetrag von dem Gehalt abziehen lassen. Einem Beschluß unseres Vorstandes gemäß teilen wir mit, daß wir es für richtig und notwendig halten, daß die Arbeitgeber die Bestimmung des § 178 allgemein durchführen. Es ist bei der Beratung des Gesetzes von allen Seiten, nicht zum wenigsten von den Angestelltenverbänden selbst, darauf hingewiesen worden, daß die Lasten der Versicherung von den Arbeitgebern und Versicherten gemeinsam getragen werden sollen. Es entspricht daher nur dem Geist des Gesetzes, wenn auch tatsächlich nach diesem Grundsatz verfahren wird. Gerade einem so einschneidenden sozialen Gesetz wie der Angestelltenversicherung gegenüber ist es notwendig, darauf hinzuweisen, daß den Rechten auch Pflichten gegenüberstehen müssen, denn nur der wird die Bedeutung der sozialen Gesetze richtig zu würdigen wissen, der auch an ihren Lasten teilnimmt. Es wäre deshalb unseres Erachtens falsch, wenn aus Entgegenkommen die Arbeitgeber dazu übergingen, die Beiträge in vollem Umfang zu zahlen. Auch bezüglich der Kranken- und Invalidenversicherung halten wir es für richtig, die gesetzlich vorgesehene Teilung der Beiträge anzuwenden. Bei der Angestelltenversicherung kommt noch hinzu, daß es sich um sehr erhebliche Beträge handelt, die schon im gesetzlichen Betrage manchen kleinen und mittleren Arbeitgeber schwer belasten; aus Rücksicht hierauf sollten auch die Inhaber großer und leistungsfähiger Firmen davon absehen, ihrerseits zur Tragung der vollen Beiträge überzugehen. Es ist selbstverständlich, daß in den Fällen, in denen die Gehälter der Angestellten unzureichend sind, so daß ihnen ohne erhebliche Beeinträchtigung ihrer Lebensverhältnisse die Tragung der gesetzlichen Beiträge nicht angesonnen werden kann, durch eine entsprechende Erhöhung der Gehälter den Bedürfnissen Rechnung getragen werden sollte. Im Interesse der erziehlichen

Digitized by Google

Wirkung des Gesetzes aber und im Hinblick auf die noch weiter zu erwartenden Lasten empfehlen wir, die Beitragszahlung zur Angestelltenversicherung der gesetzlichen Bestimmung gemäß durchzuführen."

Von der Knappschaftsberufsgenossenschaft.

Bei der für das Gebiet des Deutschen Reichs zur Entschädigung aller Betriebsunfälle im Bergbau gebildeten Knappschaftsberufsgenossenschaft belaufen sich die von den Bergwerksunternehmern für das Jahr 1912 aufzubringenden Unfallasten auf 34 Mill. M. Davon erhielten die verletzten Bergleute und deren Angehörige 27½ Mill. M., der Rücklage wurden 4½ Mill. M. zugeführt, und der Rest verteilt sich auf die Kosten der Unfalluntersuchung, auf das für die Verletzten kostenfreie Rechtsverfahren und die Kosten der Verwaltung. Versichert waren 867642 Personen, die rund 1300000000 M. Löhne verdienten. Im Durchschnitt entfällt auf einen Versicherten eine Jahreslohnsumme von 1503 M. Der Umlagebeitrag, der von den Betriebsunternehmern allein zu entrichten ist, berechnet sich für einen Versicherten auf 39,21 M., für 100 M. Lohnsumme auf 2,61 M. Zu den am Anfang des Jahres 1912 vorhandenen 90647 entschädigungspflichtigen Unfällen traten im Berichtsjahre noch 13513 neue Fälle. Die Rücklage hat die Höhe von rund 72 Mill. M. erreicht, und der Betriebsstock beträgt rund 11 Mill. M., so daß bei der Knappschaftsberufsgenossenschaft ein Kapitalstock von 83 Mill. M. vorhanden ist.

(H.) Eine Härte der Uebergangsbestimmungen im Gebiete der Invalidenversicherung

hebt die „Soziale Praxis" vom 6. März 1913 hervor: Es handelt sich darum, daß ein Versicherter am 1 Januar 1912, also beim Inkrafttreten des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung, bereits dauernd invalide war und dann bald darauf verstorben ist, ohne die Erwerbsfähigkeit wieder erlangt zu haben, aber auch ohne eine Invalidenrente zu beziehen. In diesem Falle haben die Hinterbliebenen nach Art. 71 Einf Ges. z. RVO keinen Anspruch auf Witwen- und Waisenrente, es können ihnen aber auch keine Beiträge zurückerstattet werden, da § 44 IVG. nach Art. 75 Abs. 2 Einf Ges. z RVO. nur Geltung behalten hat für die Erstattung von Beiträgen solcher Personen, die vor dem 1. Januar 1912 verstorben sind. Die für diesen Fall vom Bundesrat erhofften Uebergangsbestimmungen, zu deren Erlaß der Bundesrat nach § 100 Einf.Ges. z. RVO. berechtigt ist, sind bisher leider noch nicht erlassen worden. Es gilt hier, schleunigst einem in vielen Kreisen als Ungerechtigkeit empfundenen Zustande ein Ende zu machen.

Zur Frage der Herabsetzung der Altersgrenze für den Altersrentenbezug.

Die Ermittlungen über die voraussichtlichen Folgen einer Herabsetzung der Altersgrenze von 70 auf 65 Jahre haben für den Bereich der Landesversicherungsanstalt Berlin folgendes ergeben: In den Jahrgängen 1843 bis 1847, die für die Anwärter von 65 bis 69 Jahren in Betracht kommen, waren 3389 Männer und 441 Frauen vorhanden, die die erforderliche Wartezeit für Gewährung der Altersrente erfüllt haben. Im ganzen waren in diesen Jahrgängen 5697 Männer und 3161 Frauen versichert; während von den ersteren rund 60 v. H. im ständigen Arbeitsverhältnis standen, was aus der Ablieferung der Quittungskarten hervorgeht, sinkt der Anteilsatz bei den Frauen auf rund 14 v. H. Am 1. Januar 1912 wies die Versicherungsanstalt Berlin rund 2300 Altersrentner auf; bei Herabsetzung des Alters der Anwärter auf 65 Jahre würde ihre Zahl auf über 6000 steigen.

Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt, Reichsanstalt, in Charlottenburg [1]).

Der soeben in neuer Auflage erschienene Katalog der Ständigen Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt, Reichsanstalt, Charlottenburg, Fraunhoferstraße 11/12, gibt erfreuliche Kunde von der dauernden Fortentwicklung, die diese, der Verwaltung des Reichsamt des Innern unterstehende, dem Publikum unentgeltlich zur Besichtigung freistehende Schausammlung nimmt. Dies wird schon äußerlich dadurch gekennzeichnet, daß das Verzeichnis der ausgestellten Gegenstände eine Vermehrung seines Umfanges von 30 Seiten erfahren hat. Um diese Neuerwerbungen unterzubringen, sind im Laufe des Jahres mehrfache Verschiebungen und Umstellungen sowie die Ausmerzung nicht mehr auf der Höhe der Zeit stehender Gegenstände erforderlich gewesen, so daß sich die Ausstellung dem Besucher, der nach längerer Pause wiederkehrt, in immer neuem Gewande darstellt.

Als von besonderem Interesse erscheint auch eine von dem „American Museum of Safety" in New York zur Verfügung gestellte Sammlung von Photographien amerikanischer Schutzvorrichtungen erwähnenswert, die interessante Vergleiche mit den in Deutschland üblichen Einrichtungen ermöglicht.

Eine im letzten Jahre eingeführte Neuerung ist die Veranstaltung von übersichtlichen Sonderausstellungen für einzelne Spezialgebiete des Arbeiterschutzes. So ist am 1. April 1913 eine Ausstellung von Einrichtungen zur Verhütung und Beseitigung der in Metallbrennen und Metallbeizereien entstehenden giftigen Gase eröffnet worden. In dieser Sonderausstellung werden außer Modellen und Zeichnungen sieben verschiedene Systeme der Gasabführung betriebsmäßig vorgeführt. Außerdem kommen die verschiedenen in Metallbrennen und Metallbeizereien gebrauchten Gegenstände, wie Gefäße, Umfüllvorrichtungen, ferner zweckmäßige Wandbekleidungen und Fußbodenbeläge und schließlich auch die Maßnahmen, die im Falle einer eingetretenen Vergiftung als erste Hilfsmittel in Frage kommen, zur Ausstellung.

Neuregelung des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter bei der Unfallversicherung.

Durch Ministerialerlaß vom 31. August 1912 (vgl. Amtl. Mitt. 1912 S. 91) war die Neufestsetzung des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes für landwirtschaftliche Arbeiter nach § 936 RVO. mit Wirkung vom 1. Januar 1913 angeordnet. Dieser Anordnung haben die Kgl. Oberversicherungsämter zwischenzeitlich stattgegeben und es sind auch die seit diesem Zeitpunkte geltenden Sätze in den Amtsblättern der Kgl. Regierungen veröffentlicht worden.

Diese Bekanntmachungen haben nun in den beteiligten Kreisen die Annahme aufkommen lassen, daß sie auch Einfluß auf die Beitragsleistung für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 1. Januar d. J. hätten. Dies ist nicht der Fall. Durch Bundesratsbeschluß vom 21. Dezember 1911 betreffend Uebergangsbestimmungen

[1]) Geöffnet an den Wochentagen (mit Ausnahme des Montags) vormittags 10—1 Uhr, Dienstags und Donnerstags auch abends von 6—9 Uhr, und Sonntags von 1—5 Uhr.

Digitized by Google

für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung (abgedruckt in den Amtl. Mitt. Nr. 2 für 1912 S. 7/8) ist bestimmt, daß, solange der Grundlohn und der Ortslohn noch nicht in Kraft getreten sind — dies wird erst am 1. Januar 1914 geschehen — es für die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Personen bei dem durch die höhere Verwaltungsbehörde auf Grund des § 10 LUVG. festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst verbleibt. Daraus folgt, daß für die Höhe der Beiträge zur Invalidenversicherung bis zum 31. Dezember 1913 auch die dem seitherigen Jahresarbeitsverdienst entsprechende Lohnklasse maßgebend bleibt.

Grundsätze für kassenärztliche Verträge, beschlossen vom Zentralverband der Kassenärzte Berlins.

A. Allgemeine. 1. Dem kassenärztlichen Honorar wird, unbeschadet der die Verteilung vorgenommen wird, ein nach der Zahl der Kassenmitglieder zu berechnendes Pauschale zugrunde gelegt.

(Den Kassen wird damit die Möglichkeit einer festen Etataufstellung gegeben, den Aerzten die Sicherheit gewährt, daß das Honorar bei jedem Arztsystem das gleiche ist.)

2. Von dem vereinbarten Pauschale sind keinerlei Abzüge zulässig; die Bezahlung der fremdärztlichen Hilfe, der Verbandsmaterialien und Verbände, die Kosten für Aerzteverzeichnisse, Rezepte und andere Formulare, für Bureau und Verwaltung fallen den Kassen zur Last. (Hierunter sind nicht die Kosten eines Bureaus zu verstehen, das die Aerzte unterhalten.)

3. Ob für nach § 176,2 und 3 RVO. versicherungsberechtigten Mitglieder und diejenigen, die nach § 313 RVO. ihre Versicherung fortsetzen, besondere Bestimmungen getroffen werden sollen, und welche, bleibt späterer Beschlußfassung vorbehalten.

4. Bei Verträgen, die mit Kassenverbänden (§ 407 RVO.) oder mit Kassenvereinigungen (§ 414 RVO.) abgeschlossen werden, sind Rechtsgarantien zu schaffen, die den zugelassenen Aerzten für die Dauer des Vertrages den ungeschmälerten Bezug des Honorars gewährleisten.

5. Die Meistbegünstigungsklausel fällt weg, d. h. den Aerzten steht das Recht zu, bezüglich der Honorare je nach der finanziellen Leistungsfähigkeit der Kassen, der Dauer der gewährten Krankenhilfe und ähnlichen Gesichtspunkten Differenzierungen zu fordern.

6. Reservefondsklausel fällt weg, d. h. eventuell vereinbarte Honoraraufbesserungen haben während der Dauer des Vertrages einzutreten, unabhängig von den Jahresabschlüssen der Kassen.

7. Die Honorierung der im Interesse der Kassen von ihnen gewünschten oder genehmigten ärztlichen Nachuntersuchungen fällt den Kassen zu.

8. Die Kosten für Atteste, Gutachten und Bescheinigungen, welche die Mitglieder nicht den Kassen, sondern anderen Behörden gegenüber oder zu privaten Zwecken gebrauchen, unterliegen der Vereinbarung zwischen Aerzten und Kassenmitgliedern.

9. Der Berechnung der Honorare ist bei allen kassenärztlichen Verträgen der gleiche Berechnungsmodus zugrunde zu legen. Den Kassenärzten wird eine Kontrolle der gemachten Angaben ermöglicht.

10. Die vereinbarten Grundsätze gelten für alle kassenärztlichen Verträge für zu bestimmende Zeitdauer. Innerhalb dieser Frist können die Kassen Verträge für beliebig lange Zeit abschließen. Die Verlängerung eines kurzfristigen Vertrages ist nur zulässig bis zum Ablauf der vereinbarten Grundsätze. Die Kündigungsfrist für alle Verträge wird auf drei Monate festgesetzt.

Für die Verträge, die beim Inkrafttreten dieser Grundsätze noch nicht abgelaufen sind, werden Uebergangsbestimmungen festgesetzt, die sich nach Möglichkeit den vereinbarten Grundsätzen anpassen.

11. Bei Vertragsverlängerungen mit derselben Gruppe sind alle bisherigen Kassenärzte wieder anzustellen, soweit sie nicht auf Grund einer Entscheidung eines Schiedsgerichts aus dem Vertrag entlassen werden. Ausgenommen bleiben beim fixierten Arztsystem diejenigen Aerzte, deren Stellen wegen unzureichender Beschäftigung eingehen.

12. Mit Aerzten, die im Laufe der vereinbarten Vertragsdauer angestellt werden, dürfen nur die vereinbarten Verträge und nur bis zum Ablauf der Vertragsdauer abgeschlossen werden.

13. Ein von einem angestellten Kassenarzt mit seiner Vertretung betrauter Arzt darf von den Kassen nur aus einem wichtigen Grunde abgelehnt werden; die Entscheidung darüber steht dem Schiedsgericht zu.

14. Die Entscheidung darüber, ob ein Kassenarzt bei einem Wohnungswechsel weiter für die Kasse tätig sein darf oder nicht, fällt dem Schiedsgericht zu.

15. Die Instruktionen und Geschäftsanweisungen bilden einen integrierenden Bestandteil der Verträge. Sie dürfen daher keinerlei Bestimmungen enthalten, die den kontraktlichen Vereinbarungen zuwiderlaufen oder sie einschränken. Aenderungen der Instruktionen durch die Kasse während der Vertragsdauer bedürfen der Zustimmung der angestellten Kassenärzte.

16. Die ärztliche Koalitionsfreiheit darf durch keinerlei kontraktliche Bestimmungen aufgehoben oder eingeengt werden.

17. Bestimmungen über etwaige den Kassenärzten zu gewährende Ruhe an Sonn- und Feiertagen bleiben späterer Beschlußfassung vorbehalten.

18. Für die begrenzte freie Arztwahl und das fixierte Arztsystem werden Einrichtungen getroffen zur Regelung der Bewerbung und Anstellung.

19. Ueber Familienbehandlung soll erst später Beschluß gefaßt werden.

20. Zur Schlichtung von Streitigkeiten zwischen einer kassenärztlichen Gruppe und Krankenkassen über die vereinbarten Grundsätze werden paritätische Schiedseinrichtungen geschaffen.

21. Streitigkeiten aus dem Vertrage unterliegen der Entscheidung eines paritätischen Schiedsgerichts oder einer Beschwerdekommission, deren ärztliche Mitglieder von den angestellten Kassenärzten gewählt werden.

22. Wenn sich das paritätische Schiedsgericht nicht einigen kann, so wird von den Schiedsrichtern ein unparteiischer, stimmberechtigter Obmann gewählt. Findet keine Einigung über die Person des Obmannes statt, so wird das Königl. Amtsgericht Berlin-Mitte ersucht, einen Obmann zu stellen. Die Kosten für den Obmann tragen beide Parteien zu gleichen Teilen.

23. Im ersten Vierteljahr des letzten für die Dauer der Grundsätze maßgebenden Jahres finden neue Verhandlungen über die weitere Geltung der Grundsätze statt.

B. Besondere Bestimmungen über die Honorare sind bisher nur dahin getroffen worden, daß in Zukunft die Höhe des Honorars nach der Leistungsfähigkeit der Kassen abgestuft werden soll. Ueber die vorzuschlagende Höhe selbst soll erst später Beschluß gefaßt werden, zumal zurzeit noch nicht feststeht, welche Leistungen in Zukunft die Aufsichtsbehörde von den Kassen verlangen wird.

Die gemeinnützigen Vermögensanlagen der Träger der reichsgesetzlichen Invalidenversicherung bis Ende 1912.

Das Reichsversicherungsamt veröffentlicht in seinen „Amtlichen Nachrichten" wieder eine Statistik über die

Digitized by Google

gemeinnützigen Vermögensanlagen der Träger der Invalidenversicherung, welche die zum Bau von Arbeiterwohnungen, zur Befriedigung landwirtschaftlicher Kreditbedürfnisse und für Wohlfahrtseinrichtungen ausgeliehenen, sowie die für eigene Veranstaltungen der Versicherungsträger zugunsten der Versicherten aufgewendeten Beträge umfaßt und sich auf die Zeit bis zum 31. Dezember 1912 erstreckt.

Danach beliefen sich bis zum Schlusse des Jahres 1912 die gesamten Darlehen, die hierbei in Betracht kommen, auf über eine Milliarde M., nämlich auf 1049 Mill. M. Hiervon entfielen auf den Bau von Arbeiterwohnungen 418,2 Mill. M. gegen 362,2 Mill. M. am Schlusse des Vorjahrs. Von den 418,2 Mill. M. sind für den Bau von Arbeiterfamilienwohnungen 396,3 Mill. M. und für den Bau von Ledigenheimen (Hospizen, Herbergen, Gesellenhäusern usw.) 21,9 Mill. M. hergegeben. Die von 26 Landesversicherungs- und 3 Sonderanstalten an Versicherte unmittelbar gegebenen Darlehen zum Wohnungsbau betragen jetzt 80,6 Mill. M. gegen 71,7 Mill. M. zu Ende des Vorjahres. Von den gesamten Wohnungsbaudarlehen waren bis Ende 1912 52,6 Mill. M. zurückgezahlt, sodaß ein Darlehenbestand 365,6 Mill. M. verblieb. Die am meisten auf dem Gebiete der Wohnungsfürsorge tätigen Landesversicherungsanstalten sind die Anstalten Rheinprovinz, Westfalen, Hannover, Königreich Sachsen, Baden, Württemberg, Hessen-Nassau, Schleswig-Holstein, Hansestädte; am weitesten zurück steht die Anstalt Mecklenburg, die nur mit der Summe von 120000 M. aufgeführt ist und Arbeiterbauvereine usw. überhaupt nicht mit Darlehen berücksichtigt. Eine Reihe von Versicherungsanstalten gewährt Darlehen auch für Wohnungsbauten, die nichtversicherten Personen zugute kommen; die Darlehnsnehmer sind insbesondere Beamtenbauvereine, die der Regel nach einen erhöhten Zinssatz zahlten.

Zur Befriedigung landwirtschaftlicher Kreditbedürfnisse sind von 25 Landesversicherungsanstalten und 2 Sonderanstalten 113,8 Mill. M. dargeliehen worden. Dieser Betrag stellt aber tatsächlich bei weitem nicht die ganze Summe dar, die von den Versicherungsträgern zugunsten der ländlichen Bevölkerung hergegeben ist. Abgesehen von dem Aufwande für Wohnungsfürsorge auf dem Lande, der in der oben angegebenen Gesamtsumme mitenthalten ist, ohne daß eine gesonderte Nachweisung möglich ist, entfällt von den Darlehen für allgemeine Wohlfahrtseinrichtungen ein Betrag von über 213 Mill. M. auf Gemeinden bis zu 5000 Einwohnern. In diesem Betrage sind allerdings auch Darlehen für Krankenhäuser usw. enthalten, die zwar auf dem Lande liegen, jedoch in erster Reihe zur Aufnahme von Kranken und Erholungsbedürftigen aus der Stadt bestimmt sind. Aber auch nach Abzug dieser Darlehen wird noch eine beträchtliche Summe übrigbleiben, die ausschließlich zur Hebung der Wohlfahrt der ländlichen Bevölkerung bestimmt ist. Endlich ist die Landwirtschaft mittelbar noch dadurch gefördert worden, daß manche Versicherungsträger landschaftliche Pfandbriefe, Rentenbriefe, Provinzialanleihescheine, Pfandbriefe von Landwirtschaftsbanken usw. im Nennwerte von mehr als 145 Mill. M. angekauft haben.

Zur Förderung der allgemeinen Wohlfahrtspflege sind bis Ende 1912 nicht weniger als 517,3 Mill. M. ausgegeben worden, und zwar:

a) für den Bau von Krankenhäusern, Volksheilstätten, Invalidenheimen usw. 117,6 Mill. M.,
b) zur Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere zum Bau von Volksbädern, Schlachthäusern, Kanalisationen usw. 172,2 Mill. M.;
c) für Erziehung und Unterricht, Hebung der Volksbildung 86,6 Mill. M.;
d) für sonstige Wohlfahrtszwecke 140,9 Mill. M.

Zu dieser letzten Gruppe gehören namentlich Darlehen zum Bau von Gas- und Elektrizitätswerken, Lokal- und Straßenbahnen, Feuerwehrhäusern, Straßen-, Kanal-, Hafen-, Brücken-, Damm- und Uferschutzbauten für Flußregulierungen, Erwerbung von Wasserrechten, Beseitigung von Hochwasserschäden, für den Bau von Talsperren, für Stadterweiterungen und für Grunderwerb zwecks späterer Bebauung oder Anlegung öffentlicher Plätze sowie zur Förderung des Gewerbes und der Industrie, ferner Darlehen zum Bau von Kirchen, kirchlichen Gemeindehäusern, christlichen Vereins- und Versammlungshäusern, zur Einrichtung von Arbeiterkonsumvereinen, Konsumvereinsbäckereien, Gemeindebadehäusern und Gemeindeschmieden. Weiter finden sich hier Darlehen zur Errichtung von Heimen für Gemeindeschwestern, Lehrerinnen, Fabrikarbeiterinnen, Seeleute, für Volks- und Jugendheime, für Taubstummen- und Blindenanstalten, Waisen- und Armenhäuser, Arbeiterkolonien, Wanderarbeitsstätten, Volksküchen, für Asyle aller Art, endlich für verschiedene Einrichtungen zur Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs. Wir nennen diese mannigfachen Vermögensanlagen, um ein Bild davon zu bieten, welchen Zwecken des Allgemeinwohls die Vermögensbestände der Invalidenversicherungsanstalten dienen, bevor sie ihrer eigentlichen Bestimmung, der Rentengewährung usw., zugängig gemacht werden.

Für eigene Veranstaltungen der Versicherungsträger sind bis zum Schlusse des letzten Jahres 68,3 Mill. M. gegen 63,9 Mill. M. bis Ende 1911 ausgegeben worden. Hier sind besonders zu erwähnen: 39 Lungenheilstätten, 2 Tuberkulinstationen, 34 Genesungsheime, 3 Krankenhäuser, 1 Heilstätte für Rheumatiker, 1 Walderholungsstätte, 15 Invalidenheime, 1 Arbeitsnachweisgebäude, und 1 Geschäftsgehilfinnenheim.

Von den Darlehen zur Herstellung von Arbeiterfamilienwohnungen nnd Ledigenheimen im angegebenen Betrage von 365,6 Mill. M. ist fast genau die Hälfte, nämlich die Summe von rund 180 Mill. M., zu einem Zinssatz von $3^1/_2$ % dargeliehen worden.

Die Zahlen, die hier haben mitgeteilt werden können, lassen erkennen, in welchem umfassenden Maße die aus der Invalidenversicherung zusammenströmenden Mittel den großen Wohlfahrtsbestrebungen unserer Zeit nutzbar gemacht werden. Darin ist auch ein schönes Zeugnis für die soziale Einsicht enthalten, die die Verwaltungen der betreffenden Invalidenversicherungsanstalten beseelt.

Stand der Arbeitslosenversicherung in deutschen Städten.

Hierüber enthält das Märzheft des Reichs-Arbeitsblattes folgendes:

Eine große Anzahl deutscher Stadtverwaltungen hat sich in den letzten Jahren mit der Frage der Arbeitslosenversicherung beschäftigt, teils auf Veranlassung der Regierungen, wie in Bayern und Baden, teils auf Anträge aus den städtischen Vertretungen oder aus der Bürgerschaft heraus, insbesondere auf solche der Gewerkschaften, teils endlich aus eigenem Antrieb. In nicht wenigen Städten sind auch bereits Einrichtungen zur Arbeitslosenversicherung getroffen worden. In Ergänzung früherer Mitteilungen[1]) soll hier kurz zusammengestellt werden, in welchen Städten sich derartige Einrichtungen finden, in welchen sie noch geplant oder erwogen werden, ohne daß, soweit dem Kaiserlichen Statistischen Amte bekannt geworden, bereits eine Entscheidung im einen oder anderen Sinne erfolgt wäre, endlich, in welchen

[1]) Vgl. insbesondere Reichs-Arbeitsblatt 1910 S. 38, 102, 278; 1911 S. 38, 181.

Digitized by Google

Städten ein Vorgehen auf diesem Gebiete abgelehnt worden ist

Als „Arbeitslosenversicherung" sollen im Sinne dieser Erörterungen alle auch nur versicherungsähnlichen Einrichtungen, insbesondere auch das Zuschußsystem (Genter System) betrachtet werden. Dagegen scheidet aus die reine Arbeitslosenunterstützung, auch wenn sie unabhängig von der Armenverwaltung und unter Mitwirkung der Gewerkschaften (z. B. Mainz, München) erfolgt[1]).

1. Bisher bestehen Arbeitslosenversicherungseinrichtungen[2]) in folgenden Städten (die beigesetzten Jahreszahlen beziehen sich auf das Jahr der Errichtung und — falls es damit auseinanderfällt — das des Inkrafttretens):

Berlin-Schöneberg 1910 (Zuschüsse an Verbände und Sparer).
Cöln 1896, umgestaltet 1911 (freiwillige Versicherungskasse und Rückversicherung von Verbänden).
Erlangen 1909 (Zuschüsse an Verbände und reine Arbeitslosenunterstützung).
Freiburg i. B. 1910 (Zuschüsse an Verbände und Sparer).
Schwäb. Gmünd 1911, 1912 (Zuschüsse an Verbände und freiwillige Versicherungskasse).
Kaiserslautern 1912, 1913 (Zuschüsse an Verbände und freiwillige Versicherungskasse).
Mannheim 1911, umgestaltet 1913 (Zuschüsse an Verbände und reine Arbeitslosenunterstützung).
Mühlhausen i. E. 1909 (Zuschüsse an Verbände).
Straßburg i. E[3]) 1906, 1907 (Zuschüsse an Verbände).
Stuttgart 1912 (Zuschüsse an Verbände und Sparer).

2. In folgenden Städten wurde in den letzten Jahren die Einführung einer Arbeitslosenversicherung geplant oder erwogen, ohne daß bisher eine Entscheidung vorläge:

Berlin (auch Groß-Berlin), Cassel, Colmar i. E., Dresden, Düsseldorf, Essen, Eupen[4]), Frankfurt a. M., Guben, Heidelberg[5]), Mainz, München[6]), Neukölln, Neumünster, Nürnberg[6]), Pforzheim, Weißensee.

3. Anträge auf Einführung einer Arbeitslosenversicherung wurden in den letzten Jahren von den städtischen Vertretungen abgelehnt in folgenden Städten:

Berlin-Wilmersdorf, Braunschweig, Danzig, Dessau, Elberfeld, Halle a. S., Hamburg, Hof, Köpenick, Kulmbach, Regensburg, Spandau, Wiesbaden, Würzburg.

4. Vorbereitende Schritte oder Anträge der Stadtverwaltung sind gescheitert in folgenden Städten:

Augsburg, Charlottenburg, Duisburg, Solingen.

Es ist möglich, daß die Aufzählung in den einzelnen Gruppen nicht ganz vollständig ist. Auch sind diejenigen Städte nicht angeführt, weil dem Kaiserlichen Statistischen Amte jedenfalls nur zum geringsten Teil bekannt geworden, in denen Anträge von Außenstehenden, insbesondere von Gewerkschaften seitens der Stadtverwaltungen keinerlei Folge gegeben worden ist.

[1]) Vgl. Reichs-Arbeitsblatt 1910 S. 99.

[2]) Die Arbeitslosenversicherungskasse zu Leipzig ist keine städtische Einrichtung.

[3]) Ferner die Nachbargemeinden Schiltigheim, Bischheim und Illkirch-Graffenstaden.

[4]) Geldmittel waren bereits für 1911 und 1912 bewilligt.

[5]) Geldmittel zur Vorbereitung waren bereits für 1910 bewilligt.

[6]) Geldmittel unter Vorbehalt einer gleichen Bewilligung seitens des Staats waren bereits für 1912 bewilligt.

(H.) Zur Gestaltung des Berliner Kassenwesens und der Lage der Aerzte

finden wir in der „Halbmonatsschrift für soziale Hygiene und praktische Medizin" vom 27. März 1913 den Bericht eines Arztes, der mit einem Kollegen von dem Vorsitzenden des Oberversicherungsamts, Oberregierungsrat v. Gostkowski, zum Zweck einer Besprechung empfangen worden ist. Klarheit über die voraussichtliche Gestaltung des Kassenwesens ist aus dem Bericht nicht zu gewinnen; immerhin dürfte folgendes interessieren: „Wir schilderten eingehend die berechtigten Besorgnisse vieler Aerzte, daß sie bei der Auflösung resp. Zusammenlegung von Krankenkassen ihren oft langjährigen bisherigen Erwerb aus ihrer kassenärztlichen Tätigkeit völlig einbüßen könnten, und gaben über die historische Entwicklung, die Ausbreitung und die Art der Durchführung der freien Arztwahl hier in Berlin seit ihrem 22jährigen Bestehen ausführlich Auskunft. Bei unsern Auseinandersetzungen war es uns hinreichend bekannt, daß von seiten der Verwaltung auf Grund des Gesetzes kaum für dieses oder jenes Arztsystem positive Hilfe geleistet werden könne. Wohl aber ist es möglich — und nach unserer Auffassung sicherlich auch nötig —, daß zu einer Zeit, in der ein nicht unerheblicher Teil der bisherigen Privatpraxis den Aerzten ohne jede Entschädigung auf Grund des Gesetzes genommen wird, auch behördlicherseits Maßnahmen vermieden werden, die etwa die bisherige Klientel der freien Arztwahl ohne Not einschränken oder ihre weitere Ausdehnung auf die Dauer hemmen. Der Chef des Oberversicherungsamtes zeigte sich hinreichend unterrichtet über die hiesigen Arztsysteme und ihre Ausdehnung, unter anderem auch davon, daß die Krankenkassen der Vororte besonders zahlreich die freie Arztwahl eingeführt haben. Es war ja auch bereits bekannt, daß mit geringen Ausnahmen diese Vorortskassenbestehen bleiben und auch mit hoher Wahrscheinlichkeit als allgemeine Krankenkassen werden anerkannt werden. In bezug auf die Stadt Berlin wird voraussichtlich eine nicht geringe Anzahl von Krankenkassen zur Auflösung kommen, namentlich solche, deren Betrieb in nahem Konnex mit ähnlichen Ortskrankenkassen steht und dadurch zu vielen Streitigkeiten und Prozessen über die Zugehörigkeit der einzelnen Betriebe zur Kasse geführt hat. Es wird vermutlich diejenige bisherige Krankenkasse, die etwa als allgemeine Ortskrankenkasse für Berlin bestallt wird, eine Mitgliederzahl von etwa 300000 erhalten. Inwieweit dann die neuhinzukommenden Mitglieder berechtigt sind, zu der Zahl der bisherigen Kassenärzte noch eine der neuen erhöhten Frequenz entsprechende Mehrzahl von Aerzten zu verlangen, ist für uns Aerzte jedenfalls von großer Bedeutung. Auf alle diese Fragen wurde bei der Besprechung gründlich von beiden Seiten eingegangen, ohne daß selbstverständlich jetzt positive Feststellungen getroffen werden konnten, da doch weder die von dem Bundesrat bestimmten Mustersatzungen für die Krankenkassen publiziert sind, noch über Sein oder Nichtsein der Krankenkassen entschieden ist. Der Herr Vorsitzende empfahl uns, wie er es auch bereits den andern Deputationen gegenüber getan hatte, in irgendwie strittigen Fällen sich direkt an ihn zu wenden."

Digitized by Google

Literarisches.

Gemeinverständliche Darstellung der deutschen Reichsversicherung, einschließlich der Angestelltenversicherung, in rechtlicher, wirtschaftlicher und sozialer Beziehung. Von Dr. Konrat Weymann, Oberverwaltungsgerichtsrat, Frankfurt a. M. 1913 bei Dr. Eduard Schnapper. 138 Seiten. Preis 3 M.

Das Buch ist die dritte Auflage der 1909 erschienenen, in Arb.-Versorgg. 1910 S. 17 besprochenen Arbeit. Wir haben damals das Buch als ein ausgezeichnetes Lehrmittel für die Kenntnis und Würdigung des geltenden Rechts und der zu erwartenden Reform rühmen können. Nun ist das neue Recht nach der — wenigstens einstweilen — abgeschlossenen Reform behandelt und die Darstellung auch auf die neue Angestelltenversicherung erstreckt; die Krankenversicherung, für welche die Reichsversicherungsordnung erst am 1. Januar 1914 in Kraft tritt, ist sowohl nach diesem neuen, wie nach dem noch geltenden älteren Rechte dargestellt. Das frühere Urteil gilt auch für die so wesentlich umgestaltete und ergänzte neue Auflage. Und es ist hinzuzufügen, daß wir keine andere Darstellung besitzen, welche die von der Parteien Gunst und Haß verwirrte Rechtsmaterie von einer gleich hohen Warte betrachtet, so unparteiisch erörtert und würdigt, so anschaulich, gemeinverständlich und zugleich immer anregend darstellt. Diese würdigste Behandlung des großen Gegenstandes ist nicht nur jedem Sozialpolitiker, sondern jedem denkenden, für unser Volksleben interessierten Bürger angelegentlichst zu empfehlen.

Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte. Von Dr. Menzel, Dr. Schulz, Regierungsräten und Dr. Sitzler, Regierungsassessor. Erste Hälfte (§§ 1—118). Berlin 1913, Franz Vahlen. 392 Seiten. Preis 7,50 M.

Eine Einleitung stellt, im Anschluß an die Begründung des Gesetzes, die geschichtliche Entwicklung, dann die Grundzüge dieses neuesten und abgesonderten Zweiges der Reichsversicherung dar. Der Kommentar selbst enthält in Vorbemerkungen zu den einzelnen Abschnitten und in Anmerkungen zu den einzelnen Vorschriften die ausführlichsten Erläuterungen, die bisher zu dem Gesetze überhaupt vorliegen. Sie beruhen auf sorgsamer Verwertung der Gesetzesmaterialien, der Literatur und der Rechtsprechung auf den verwandten Gebieten, namentlich also der Invalidenversicherung. Die übersichtliche Anordnung des reichen Stoffes und die klare Sprache lassen das Buch als ein wertvolles Hilfsmittel nicht nur für die mit der Durchführung des Gesetzes betrauten Stellen, sondern, wie die Verfasser hoffen, auch für Angestellte und Arbeitgeber erscheinen. Die zweite Hälfte wird den Rest des Gesetzes, die wichtigsten Ausführungsvorschriften und ein ausführliches Sachregister bringen und erscheinen, sobald die zum Teil noch ausstehenden Ausführungsvorschriften erlassen sind.

Die Ersatzansprüche der Armenverbände nach der Reichsversicherungsordnung und dem Angestelltenversicherungsgesetz. Von Landesversicherungsassessor H. Seelmann. Altenburg 1912, Stephan Geibel Verlag. 88 Seiten. Preis 1,20 M.

Ein erweiterter Abdruck aus den Kommentaren (von Düttmann u. a.) zur Reichsversicherungsordnung §§ 1527, 1531—1541 und zum Angestelltenversicherungsgesetz §§ 81—90. In die klaren und durch zahlreiche Beispiele dem Verständnis näher gebrachten Anmerkungen sind in zweckmäßiger Weise die zahlreichen Vorschriften, auf welche die Reichsversicherungsordnung bei diesem Gegenstande verweist, hineingearbeitet, so daß man alles Wesentliche beisammen hat.

Wörterbuch des Deutschen Staats- und Verwaltungsrechts. Herausgegeben von Prof. Dr. M. Fleischmann. 18. bis 21. Lieferung. Tübingen 1913 bei J. C. B. Mohr.

Wir haben dies wichtige und wertvolle Hilfsmittel zur Orientierung über staats- und verwaltungsrechtliche Materien wiederholt angezeigt, zuletzt 1912 S. 830.

Jahrbuch der Arbeiterversicherung für 1913 zum Gebrauche bei Durchführung der Arbeiterversicherungsgesetze. I. Teil: Allgemeines für die Unfall-, Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. II. Teil: Unfallversicherung. III. Teil: Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Nach amtlichen Quellen und mit Ermächtigung des Reichsversicherungsamts herausgegeben von E. Götze, P. Schindler und Dr. H. Götze. Drei Leinenbände. Vorbestellungspreis 10 M., einzeln 3,50 M., später teurer. Berlin, Liebelsche Buchhandlung.

Das altbewährte Jahrbuch erscheint jetzt zum 25. Male und wird auch in seiner vorliegenden Ausgabe allen Benutzern willkommen sein. Der reiche Inhalt ist schon in der Ueberschrift angedeutet worden. Das Gesamtwerk vereinigt das bezügliche Gesetzesmaterial lückenlos und gewährt durch Erläuterungen und Hinweise einen Ueberblick über die Rechtslagen, wie sie durch die Entscheidungen der zuständigen Behörden geschaffen worden sind. Beim Uebergange in das neue Recht, der naturgemäß erhebliche Schwierigkeiten bietet, kann „Götze-Schindler" besonders empfohlen werden.

Ein **Nachschlagebuch zur Krankenversicherung** nach der Reichsversicherungsordnung, insbesondere für Aerzte, hat Dr. Fr. Wiedemann herausgegeben. Würzburg 1913 bei Curt Kabitzsch. 153 Seiten. Preis kart. 3 M.

In der Art eines alphabetischen Registers sind Stichwörter angeordnet, bei denen entweder auf die zutreffenden Paragraphen des Gesetzes, namentlich des 1. und 2. Buches der Reichsversicherungsordnung verwiesen oder auch ihr wesentlicher Inhalt kurz mitgeteilt oder wörtlich angeführt wird. Neben einer Handausgabe des Gesetzes selbst wird das Büchlein brauchbar sein zur ersten und schnellen Orientierung.

Berechnungen zur Reichsversicherungsordnung und zum Versicherungsgesetz für Angestellte. Von Prof. Dr. Friedrich Unger. Leipzig 1913 bei Julius Klinkhardt. 84 Seiten. Preis 1,40 M.

Es sind für die bei den verschiedenen Versicherungszweigen vorkommenden Berechnungen Musterbeispiele konstruiert und durchgerechnet, insbesondere z. B. auf dem Gebiete der Krankenversicherung für 35 zwischen 60 Pf. und 6 M. liegende Lohnstufen Tabellen aufgestellt, aus denen die Wochenbeiträge von $2\frac{1}{2}$—6 % und die Kassenleistungen für 1—7 Tage abgelesen werden können. Ueberall sind auch die maßgebenden Gesetzesstellen angeführt. Es leuchtet ein, daß das so gestaltete Büchlein für die Organe der Versicherungsträger und besonders für die mit Berechnungen befaßten Angestellten, auch bei den Versicherungsbehörden, ein nützliches Hilfsmittel sein wird. — Die Anmerkung auf S. 2, wonach kleine (richtig: kleinere) Heilmittel solche sein sollen, „die bis höchstens 15 M. kosten", ist falsch.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Der Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber die Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Berichtigung.

In Nr. 10 S. 239 Spalte 2 ist bei den Auskünften unter Nr. 7 und 9 ein Versehen des Setzers untergelaufen. Die untersten drei Zeilen unter Ziff. 9 gehören hinter die obersten zwei Zeilen unter Ziff. 7.

Die Ersatzkassen sind den Krankenkassen nicht schlechtweg gleichgestellt.

1. **Nach Berlin.** Antwort: Die als Ersatzkassen zugelassenen Hilfskassen haben nicht schlechtweg die Rechte und Pflichten der Krankenkassen. Vielmehr besteht ihre Bedeutung darin, daß für ihre versicherungspflichtigen Mitglieder deren Rechte und Pflichten als Mitglieder der Krankenkasse, in die sie gehören, ruhen. Daraus folgt mangels besonderer Vorschrift, daß eine Ersatzkasse keinen Anspruch auf Behandlung ihrer Mitglieder zu den Mindestsätzen gemäß § 2 der preußischen Gebührenordnung hat. Auch § 370 RVO. gilt für sie nicht. Nach § 507 RVO. hat die Ersatzkasse mindestens die Regelleistungen der Krankenkassen zu gewähren. Zu ihnen gehört die Krankenhilfe (§ 179 RVO.), und diese besteht regelmäßig in ärztlicher Behandlung, Versorgung mit Arznei und Krankengeld. Die Befugnis, mit Ermächtigung des Oberversicherungsamtes ausnahmsweise an die Stelle der Krankenpflege eine bare Leistung gemäß § 370 RVO. treten zu lassen, bildet ein Vorrecht der Krankenkassen, das den Ersatzkassen nicht zukommt, da es ihnen die Reichsversicherungsordnung nicht ausdrücklich zuspricht. Hingegen haben die Betriebskrankenkassen jene Vorrechte. Denn sie sind, wie § 225 RVO. hervorhebt, Krankenkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung.

Harnuntersuchungen gehören zur ärztlichen Behandlung.

2. **Nach Elbing.** Antwort: Die Harnuntersuchungen fallen unseres Erachtens nicht unter Position 2 (Bäder usw.), sondern unter 3 (Arztkosten); denn sie gehören zur ärztlichen Behandlung. Wieviel Untersuchungen nötig sind, richtet sich nach der Eigenart des Einzelfalles und ist vom Arzt zu entscheiden. Bäder hingegen haben die Natur von Heilmitteln.

Eine Unterbrechung der Beschäftigung von fünf Tagen hat den Verlust des Anspruchs aus § 28 KVG zur Folge.

3. **Nach Friemersheim.** Frage: Ein Klempnergeselle war vom 6. bis 16. November 1912 bei einem Meister in H. beschäftigt. Am 21. November 1912 fing er in unserem Kassenbezirk an zu arbeiten, und zwar bis zum 30. November 1912, an welchem Tage er entlassen wurde. Am Montag den 2. Dezember 1912 meldete er sich bei der Armenverwaltung in D. und ersuchte um Aufnahme im Krankenhaus, da er krank und mittellos sei. Ist nun unsere Kasse verpflichtet, die Krankenhauskosten zu tragen?

Antwort: Ihre Kasse müßte Krankenunterstützung gewähren, wenn festgestellt wird, daß der Geselle bereits am 30. November, als er die Beschäftigung im Bezirk Ihrer Kasse aufgab, infolge Krankheit erwerbsunfähig war. Denn dann wäre er gemäß § 54a Satz 2 KVG. Mitglied geblieben. Wenn dort gesagt ist, die Mitgliedschaft dauere „während des Bezuges von Krankenunterstützung" fort, so bedeutet das nicht während des tatsächlichen Bezugs, sondern während des Bestehens des Anrechts auf Bezug. (Vgl. Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz 6. Aufl. Anm. b zu § 54a KVG.). Trat jedoch die Erwerbsunfähigkeit erst am 2. Dezember ein, so hätte Ihre Kasse keine Verpflichtungen; auch wenn jener inzwischen erwerbslos gewesen sein sollte, da er nicht ununterbrochen drei Wochen lang einer Kasse — es braucht nicht ein und dieselbe zu sein — angehört hat (§ 28 KVG). Am 16. November schied er, da er an diesem Tage aufhörte zu arbeiten, aus der Kasse in H. aus und wurde erst am 21. November, also erst nach fünf Tagen Mitglied der Ihren.

Versicherungspflicht der in mehreren Betrieben beschäftigten Personen.

4. **Nach Remscheid.** Frage: Ein bei meiner Firma beschäftigter Reparaturschlosser benutzt jeden Tag seine Freizeit mit etwa drei Stunden als Ausläufer für eine Buchdruckerei. Ist er nur bei unserer Betriebskrankenkasse versicherungspflichtig — er arbeitet bei uns täglich acht Stunden —, oder muß ihn der Buchdruckereibesitzer für seinen Teil auch noch bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse versichern oder uns einen Teil des von uns zu zahlenden Beitrages erstatten? Wie ist die Rechtslage nach dem neuen Recht vom 1. Januar 1914 ab? Wie liegt ferner die Sache in diesem Falle bezüglich der Unfall- und Invalidenversicherung?

Antwort: Eine Zwangs-Doppelversicherung — sowohl bei der Betriebs- wie bei der Ortskrankenkasse — ist auf jeden Fall unzulässig. Streitig könnte nur sein, welcher Kasse der Arbeiter angehört. Das Preußische Oberverwaltungsgericht, in der Arb.-Versorgg. XXV S. 170, läßt die Hauptbeschäftigung den Ausschlag geben. Danach wäre die Versicherungspflicht bei Ihrer Betriebskrankenkasse begründet. Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz 6. Aufl. Anm. 1*d zu § 19 KVG. und Arb.-Versorgg. XXV S. 170, hingegen will entscheiden lassen, welche Beschäftigung zuerst ausgeübt worden ist. Immerhin besteht nach beiden Auffassungen stets nur ein Versicherungsverhältnis und daher ist zur Entrichtung der Beiträge auch nur ein Arbeitgeber verpflichtet, nämlich derjenige, durch dessen Betrieb die Versicherungspflicht begründet ist; der andere braucht ihm somit keinen Teil der Beiträge zu erstatten. Die Reichsversicherungsordnung nimmt einen vermittelnden Standpunkt ein. Nach § 309 RVO. richtet sich die Kassenzugehörigkeit nach der überwiegenden Beschäftigung, im Zweifel jedoch entscheidet das Arbeitsverhältnis, in das der Versicherte zuerst eingetreten ist. Doch haften, abweichend vom Krankenversicherungsgesetz, alle Arbeitgeber als Gesamtschuldner für die Beiträge; auf Antrag eines von ihnen verteilt das Versicherungsamt die Beiträge (§ 396 RVO.). Auch bei der Invalidenversicherung haften mehrere Arbeitgeber als Gesamtschuldner, wenn sie den Arbeiter gleichzeitig beschäftigen (§ 1426 Abs. 2 Satz 3 RVO.) und können voneinander anteilmäßigen Ersatz verlangen (§ 426 BGB.); Streitigkeiten hierüber entscheidet das Reichsversicherungsamt endgültig (§ 1461). In der Unfallversicherung werden die Beiträge nicht für den einzelnen Versicherten, sondern für den Betrieb entrichtet. Zugrunde zu legen ist das Entgelt, das der Versicherte in dem einzelnen Betrieb verdient hat, mindestens aber der Ortslohn (§ 732 Abs. 1 RVO). Hiernach muß also ein Arbeiter unter Umständen mehrfach versichert sein.

Gleichwertigkeit der Leistungen einer besonderen Ortskrankenkasse mit denen der Allgemeinen.

5. **Nach Hohenlimburg.** Frage: Die hiesige Allgemeine Krankenkasse für die Fabrikarbeiter ist als größte

Digitized by Google

und leistungsfähigste zur Allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet worden, wogegen unsere Kasse als Sonderkasse bestehen bleibt. Die erstere wird nun an Krankengeld außer sonstigen Leistungen für den Arbeitstag 3,36 M. Krankengeld bei einem Beitrag von 24 Pf. zahlen, wogegen wir bis heute ein tägliches Krankengeld (einschließlich Sonntage) von 2,40 M. bei einem Beitrag von 12 Pf. zahlen. Es ist uns nun nicht klar, ob wir als Sonderkasse genau dieselben Leistungen gewähren müssen, wie die zukünftige Allgemeine Ortskrankenkasse. Ferner zahlt die Allgemeine Ortskrankenkasse das Krankengeld für ein ganzes Jahr. Müssen wir dieses auch, oder brauchen wir nur 26 Wochen zu zahlen? Ferner vergütet sie für Badekuren usw. Beträge bis zu 5 M. für den Tag. Würden wir auch dieses leisten müssen?

Antwort: Die Gleichwertigkeit der Leistungen verlangt nicht, daß diese genau dieselben sind, vielmehr kann ein Mehr der einen, ein Weniger der anderen ausgleichen, es sind also die Gesamtleistungen der besonderen Ortskrankenkassen mit denen der maßgebenden Allgemeinen zu vergleichen. Wenn im übrigen die Leistungen gleich, das Krankengeld bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse wöchentlich $6 \times 3{,}36\ \mathrm{M} = 20{,}16$ M., bei der besonderen aber nur $7 \times 2{,}40$ M. $= 16{,}80$ M. beträgt, so kann, sofern es bei beiden für die gleiche Dauer gewährt wird, von einer Gleichwertigkeit nicht gut die Rede sein. Immerhin wird man nicht verlangen können, daß die besondere Ortskrankenkasse ihre Leistungen sofort denen der künftigen Allgemeinen Ortskrankenkasse gleichwertig mache. Das würde nicht im Sinne des § 260 RVO. sein, der bestimmt, daß die Leistungen der maßgebenden Kasse, die noch kein volles Jahr gelten, nicht berücksichtigt werden. Allerdings hat diese Vorschrift in erster Linie solche Fälle im Auge, in denen eine bereits bestehende maßgebende Ortskrankenkasse ihre Leistungen erhöht, muß aber auch auf diejenigen ausgedehnt werden, in denen die maßgebende Ortskrankenkasse erst errichtet wird. Später freilich wird somit Ihre besondere Ortskrankenkasse die Leistungen wesentlich erhöhen müssen, da die der Allgemeinen bedeutend wertvoller sind.

Keine gemeinsame Betriebskrankenkasse für mehrere Gesellschaften m. b. H.

6. Nach Plettenberg. Antwort: Für die Angestellten zweier Gesellschaften m. b. H. kann nicht eine gemeinsame Betriebskasse errichtet werden, da der Arbeitgeber nicht derselbe ist, mögen auch die Gesellschafter dieselben sein; denn nicht diese, sondern die Gesellschaften müssen als Unternehmer gelten.

Die Krankenkasse kann als Ersatz für Unterhalt im Krankenhaus und für Hausgeld zusammen höchstens die Unfallrente verlangen.

7. Nach Meißen. Antwort: Hat die Krankenkasse dem Unfallverletzten auch für die Zeit nach der 13. Woche volle Krankenhauspflege gewährt, so sind bezüglich ihres Ersatzanspruches zu trennen die Krankenpflege und der Unterhalt. Für die Krankenpflege werden schlechtweg drei Achtel des für das Krankengeld maßgebenden Grundlohnes erstattet (§ 1503 RVO.). Hingegen ist der Unterhalt aus der Unfallrente zu ersetzen, dasselbe gilt aber auch für das Hausgeld (§ 1505), so daß für beides zusammen der Ersatz den vollen Betrag der Rente nicht übersteigt. Keineswegs aber ist etwa für den Unterhalt allein die volle Rente als Ersatz zu zahlen, vielmehr bemißt sich dieser nach § 1503 Abs. 2 Satz 2 auf die Hälfte des Grundlohnes.

Chronische Krankheit schließt Krankenversicherungspflicht nicht aus.

8. Nach Elbing. Frage: Ein Mädchen, Mitglied unserer Betriebskrankenkasse, leidet seit seiner Kindheit an Regenbogenhauterkrankung und sah bei seinem Eintritt in die Beschäftigung bei unserer Firma auf einem Auge nicht mehr. Nach einer Beschäftigungszeit von einigen Monaten griff die Augenkrankheit auf das andere Auge über, wir ließen daher ärztliche Behandlung eintreten. Das Mitglied arbeitete, nachdem es einige Zeit arbeitsunfähig gewesen war, wieder einige Wochen in der Fabrik, blieb dann weg und wurde aus der Arbeiterliste und damit auch aus unserer Mitgliederliste gestrichen. Das Mitglied nahm einen Dienst als Aufwartemädchen an und blieb in ihm eine Woche. Nachdem erhob es durch den Magistrat plötzlich wieder Unterstützungsansprüche an unsere Kasse. Der Magistrat entschied gegen uns. Wir sind der Meinung, daß eine Unterstützungspflicht unsererseits nicht vorliegt, da die Augenkrankheit chronisch ist, und wie sich das auch auf dem anderen Auge gezeigt hat, einen Heilerfolg nicht verspricht.

Antwort: Das Mädchen verließ ihren Betrieb und schied damit aus der Betriebskrankenkasse aus. Da es bei der Aufgabe der Beschäftigung weder erwerbsunfähig war und keinen Anspruch auf Krankenunterstützung hatte (§ 54a Satz 2 KVG.), noch sich freiwillig weiterversicherte (§§ 64, 27), so verlor es die Mitgliedschaft, und die jetzigen Ansprüche sind unberechtigt. Daß die Krankheit chronisch ist, ist unerheblich, sofern nur tatsächlich gegen Lohn gearbeitet wird und es sich nicht lediglich um einen verunglückten Arbeitsversuch handelt (vgl. Arb.-Versorgg. XXVIII S. 515).

Einfluß des Wechsels der Kassenmitgliedschaft auf schwebende Unterstützungsansprüche.

9. Nach Singen a. H. Antwort: Die Frage, welche Folge der Wechsel der Mitgliedschaft auf schwebende Unterstützungsansprüche habe, ist bekanntlich sehr bestritten. Im Gegensatz zum Preußischen Oberverwaltungsgericht steht gerade der Badische Verwaltungsgerichtshof auf dem Standpunkt, daß die alte Kasse dem kranken Mitglied trotz Ueberganges zu einer andern Kasse die Unterstützung weiter gewähren müsse, und nicht die neue (vgl. Arb.-Versorgg. XXI S 363; Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz 6. Aufl. Anm. 1d zu § 4).

Kürzung des Krankengeldes gemäß § 26a KVG.

10. Nach Borken. Antwort: Das volle Krankengeld muß dem Verunglückten von der Krankenkasse gezahlt werden, wenn er gegen die Turnerunfallkasse keinen Rechtsanspruch auf die Entschädigung hat, sondern diese nur gewohnheitsmäßig gewährt wird. Steht ihm gegen die Turnerkasse aber ein Rechtsanspruch auf Krankengeld zu, so kann die Krankenkasse das von ihr zu zahlende Krankengeld gemäß § 26a KVG., soweit dies durch ihr Statut nicht ausgeschlossen ist, derart kürzen, daß er höchstens den vollen Betrag seines durchschnittlichen Tagelohnes erhält. Vgl. Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz 1909 Anm. 1c zu § 26a, Arb.-Versorgg. XVII S. 292, XXV S. 425.

Anspruch eines Kassenmitgliedes auf Krankenunterstützung, das im Nebenberuf städtischer Schutzmann ist.

11. Nach Koburg. Frage: Ein Maler, Kassenmitglied auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung bei einem Malermeister, versieht neben dieser Beschäftigung für den Magistrat Nachtschutzmannsdienste gegen eine monatliche Vergütung von 35 M. Als Maler gehört er der höchsten Lohnklasse an. Bei einer Sistierung, die er als Nachtschutzmann vorzunehmen hatte, wurde ihm durch einen Schlag auf den Kopf eine Arbeitsunfähigkeit bedingende Verletzung beigebracht. Der Magistrat ist bezüglich der Nachtschutzmannsdienste bei einer Haftpflichtversicherung versichert, bestreitet aber, einen Anspruch an diese zu haben. Die Nachtschutzleute

Digitized by Google

sind vom Magistrat nicht zur Krankenkasse angemeldet. War der Magistrat zur Anmeldung verpflichtet? Verneinendenfalls, ist die Krankenkasse zur Unterstützung des Verletzten verpflichtet?

Antwort: Da der Maler bereits Mitglied einer Kasse war, so brauchte ihn der Magistrat nicht noch einmal anzumelden, selbst wenn an sich durch Ortsstatut die Versicherungspflicht auf solche Gemeindebeamten ausgedehnt sein sollte. Sollte der Magistrat ihn etwa bei einer Versicherungsgesellschaft gegen Krankheit versichert haben, so könnte ihm die Kasse, falls er auch von der Gesellschaft Krankengeld bezieht, das Krankengeld kürzen, so daß er höchstens den durchschnittlichen Tagelohn erhält (§ 26a KVG.). Aber dieser Fall liegt offenbar nicht vor. Vielmehr hat sich der Magistrat wohl nur gegen seine eigene Haftpflicht versichert, d. h. wenn er selbst für irgendwelche Schäden Ersatz zu leisten verpflichtet ist, so muß die Gesellschaft für ihn eintreten. Da nun der Magistrat nicht für den durch die Verletzung verursachten Schaden aufzukommen hat, so ist ein Fall der Haftpflichtversicherung nicht gegeben. Die Kasse muß dem Verletzten die satzungsgemäße Krankenunterstützung gewähren, da die Ursache der Krankheit unerheblich ist.

Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz des Unfallzuschusses.

12. **Nach Kamenz.** Antwort: Dem bisherigen § 12 Abs. 1 Satz 2 GUVG. entspricht § 576 RVO. Freilich ist die Aenderung getroffen, daß die Berufsgenossenschaft der Kasse den Zuschuß zu erstatten hat an Stelle des Unternehmers, wenn dem Verletzten über die 13. Woche hinaus eine Entschädigung zu leisten ist.

Kann die ärztliche Behandlung von Angehörigen der Mitglieder auf die Kassenärzte beschränkt werden?

13. **Nach Saarbrücken.** Antwort: Wenn nach der Satzung die Familienkrankenunterstützung allgemein, also ohne Antrag und ohne Zusatzbeiträge gewährt wird, so muß die Behandlung der Mitglieder und ihrer Angehörigen gleichmäßig sein. Sie wäre es aber nicht, wenn die Behandlung nur durch Kassenärzte erfolgte; denn diese könnten durch solche, die außerhalb des Bezirkes wohnen, möglicherweise nicht in Anspruch genommen werden, so daß sie ohne kassenärztliche Behandlung blieben. Insoweit wäre die Bestimmung, daß die Behandlung nur durch einen Kassenarzt gewährt werde, unwirksam. Sie wäre aber zulässig, wenn die Angehörigenkrankenhilfe nur auf Antrag gegen Zusatzbeiträge gewährt werden würde (vgl. hierzu Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz 6. Aufl. Anm. 8a zu § 21; anders freilich Landgericht I, Berlin, in der Arb.-Versorgg. XXIX S. 35). Die Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts in Sachen der Gemeinschaftlichen Ortskrankenkasse Halle a. S. gegen den dortigen Magistrat ist abgedruckt in der Arb.-Versorgg. XXIX S. 322.

Angestellte, die in einer selbständigen ausländischen Filiale einer deutschen Firma beschäftigt sind, unterstehen nicht der Angestelltenversicherung.

14. **Nach Schalksmühle.** Frage: 1. Müssen die Angestellten, die wir in unserer Londoner Filiale beschäftigen, bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte versichert werden? Wie wir in dem Kommentar des Reichsversicherungsgesetzes für Angestellte von Potthoff (S. 2) lesen, besteht eine Versicherungspflicht nicht, wenn der Auslandsbetrieb unabhängig vom inländischen Hauptbetriebe ist. Dies ist eigentlich der Fall. Unsere Filiale kauft die Waren teils selbständig ein, teils erhält sie sie von unserer Fabrik, aber nur gegen Berechnung, sie hat auch eine Reihe Vertretungen anderer Firmen und macht selbständig Bilanz. 2. Ein Angestellter ist für zwei Monate von einer anderen Firma versichert. Es handelt sich darum, ob wir für diesen Beamten, der seit 1 März im Dienste unserer englischen Filiale steht, auch die Versicherung übernehmen müssen.

Antwort: 1. Es ist von dem Grundsatz auszugehen, daß eine dauernde Beschäftigung im Ausland einen Angestellten nicht versicherungspflichtig macht. Denn das Versicherungsgesetz für Angestellte führt die einzelnen Fälle der Versicherungspflicht bei Beschäftigung im Ausland besonders auf, betrachtet sie also als Ausnahme (§§ 3, 15). So auch die Anleitung der Reichsversicherungsanstalt, betreffend den Kreis der nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherten Personen, Nr. 2. Die Versicherungspflicht besteht als Ausnahme von jenem Grundsatz auch dann, wenn die Tätigkeit als Teil, Zubehör, Fortsetzung oder Ausstrahlung eines inländischen Betriebs anzusehen ist (vgl. die Anleitung ebenda). Diese Voraussetzung ist jedoch nicht erfüllt, wenn die Filiale, wie in Ihrem Falle, eine gewisse Selbständigkeit besitzt. 2. Nach dem Gesagten ist der Beamte in Ihrer ausländischen Filiale nicht versicherungspflichtig, aber auch eine freiwillige Weiterversicherung nach § 15 Abs. 2 kommt nicht in Betracht, da noch nicht sechs Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt sind. Eine andere Frage ist natürlich, ob er der englischen Versicherung unterfteht.

Versicherungspflicht einer Ehefrau, die ihrem Ehemann bei dessen versicherungspflichtiger Tätigkeit hilft.

15. **Nach Bautzen.** Frage: Für die Reinhaltung unserer Kontor- und Fabrikräume ist ein Hausmann angestellt, der neben dem Lohn freie Wohnung, Beleuchtung usw. hat. Er muß in seiner Tätigkeit von seiner Frau unterstützt werden. Der Lohn, den der Mann bezieht, ist, besonders wenn man noch die freie Wohnung dazu rechnet, bedeutend höher als der der gleichaltrigen Arbeiter. Es ist allem Anscheine nach eine gewisse Summe für die Tätigkeit der Frau mit eingerechnet worden. Die Frau wünscht nun unserer Betriebskrankenkasse beizutreten. Wir bitten Sie um Ihre Ansicht darüber, ob die Frau krankenversicherungspflichtig ist, und ob für sie Marken zur Invaliden- und Altersversicherung geklebt werden müssen.

Antwort: In dem Lohn und der sonstigen Vergütung, die der Mann erhält, ist nach der Sachlage auch das Entgelt für die Leistungen der Frau enthalten. Diese ist daher gleichfalls für den Fabrikbetrieb gegen Entgelt beschäftigt und deshalb sowohl kranken-, wie auch invaliden- und altersversicherungspflichtig.

16. **Nach Radevormwald.** Antwort: Es ist der Firma unbenommen, Arbeitsverträge abzuschließen, durch die die Schlosser zu Heimarbeitern werden. Das ist der Fall, wenn sie sich von den in der Fabrik tätigen Arbeitern lediglich durch die Arbeitsstätte, die in ihrer Wohnung oder sonstigen von der Fabrik getrennten Räumen sich befindet, sich unterscheiden, im übrigen aber jenen gleichgestellt sind. Das Wesen des Heimarbeiters besteht in seiner Unselbständigkeit, seiner Abhängigkeit von den Anordnungen des Arbeitgebers. Es tritt namentlich zutage in seiner Verpflichtung, die ihm zugewiesenen Arbeiten auszuführen. Heimarbeiter sind aber versicherungspflichtig bei derjenigen Kasse, bei der auch die in der Fabrik beschäftigten Arbeiter versicherungspflichtig sind, also hier bei der Fabrikkrankenkasse der Firma.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **1. Mai 1913.**

Redaktion:	**Nr. 13**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Rückwirkende Kraft von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung im Gebiete der Invaliden- und Unfallversicherung.

Ueber diese gegenwärtig und noch für geraume Zeit praktisch äußerst wichtige Frage enthält Nr. 3 des Jahrg. 1913 der von Mitgliedern des Reichsversicherungsamtes herausgegebenen „Monatsblätter der Arbeiterversicherung" zwei Aufsätze, deren wesentlichen Inhalt wir hier mit einigen Kürzungen und Umstellungen mitteilen.

I. Allgemeine Gesichtspunkte. Fragen der Rückwirkung haben das Reichsversicherungsamt bereits wiederholt beschäftigt. Am 1. Januar 1900 trat das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 an die Stelle des Invaliden- und Altersversicherungsgesetzes vom 22. Juni 1889. Es legte sich selbst in gewissem Umfang rückwirkende Kraft bei. Soweit seine Vorschriften für die Versicherten günstiger waren, war es nach § 193 IVG. auch auf Ansprüche anzuwenden, über die am 1. Januar 1900 das Feststellungsverfahren noch schwebte. Das Reichsversicherungsamt hat diese Vorschrift, die an sich nur für das Rentenverfahren galt, noch über ihren Rahmen hinaus erweitert und den für die Versicherten günstigeren Bestimmungen des Invalidenversicherungsgesetzes auch außerhalb des Rentenverfahrens in weitem Umfang rückwirkende Kraft beigelegt. Man nahm an, daß § 193 IVG. nur einen besonderen Ausdruck der wohlwollenden Absicht des Gesetzes darstelle, den Versicherten die für sie günstigeren Vorschriften des neuen Rechtes auch hinsichtlich der Vergangenheit zugute kommen zu lassen (zu vgl. Rev.Entsch. 790 und 873, Amtl. Nachr. 1900 S. 404, 1901 S. 192). Nach § 32 J. u. AVG. erlosch die Anwartschaft aus der bisherigen Beitragsleistung, wenn nicht binnen vier Jahren seit der Ausstellung einer Quittungskarte mindestens 47 Marken verwendet wurden. Dagegen trat nach § 46 IVG. — ebenso wie jetzt nach der Reichsversicherungsordnung (§ 1280) — ein Erlöschen der Anwartschaft nur dann ein, wenn binnen zwei Jahren nach der Ausstellung einer Quittungskarte nicht 20 Beiträge geleistet wurden. Nicht selten waren nun in der Zeit vor dem 1. Januar 1900 für vier Jahre zwar nicht 47 Marken, wohl aber 40 — das heißt 20 binnen je zwei Jahren — nachgewiesen. Dann war die Anwartschaft nach dem alten Rechte erloschen, nach dem neuen dagegen erhalten. Das Reichsversicherungsamt hat sich auch hier nicht auf den rein logisch-rechtlichen Standpunkt gestellt, sondern wie auch sonst auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung, mehr die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse sowie die sozialpolitischen Absichten des Gesetzgebers berücksichtigt (zu vgl. Ziff. 14 und 22 der Anleitung des Reichsversicherungsamtes über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, Amtl. Nachr. 1912 S. 721). Dem-

Digitized by Google

entsprechend wurde es für genügend erachtet, daß seinerzeit die Bedingungen erfüllt waren, die der Gesetzgeber bei nochmaliger Prüfung als ausreichend ansah, und daher die Anwartschaft in den bezeichneten Fällen als gewahrt betrachtet (zu vgl. Rev.Entsch. 982, Amtl. Nachr. 1902 S. 477). Aus ähnlichen Gründen wurde der in dem Invaliden- und Altersversicherungsgesetz nicht enthaltenen Vorschrift des § 46 Abs. 2 Ziff. 2 JVG., wonach der Bezug einer Unfallrente von mindestens 20 v. H. die Anwartschaft wahrte (jetzt § 1281 Ziff. 2 RVO.) gleichfalls zugunsten der Versicherten rückwirkende Kraft für die Zeit vor dem 1. Januar 1900 beigelegt (zu vgl. Rev.Entsch. 873, Amtl. Nachr. 1901 S. 192).

Am 1. Oktober 1900 wurden sodann die bisherigen Unfallversicherungsgesetze durch die Gesetze vom 30. Juni 1900 ersetzt. § 27 HG. schrieb ähnlich dem § 193 JVG. vor, daß die den Versicherten günstigeren Vorschriften der neuen Gesetze regelmäßig auch bei der ersten Feststellung von Entschädigungsansprüchen aus Unfällen vor dem Inkrafttreten der Gesetze anzuwenden seien. Auch hier hat das Reichsversicherungsamt noch über diese Vorschrift hinaus eine weitgehende Rückwirkung der neuen Vorschriften angenommen. So wurden die neuen Gesetze stets für anwendbar erachtet, wenn unter ihrer Herrschaft eine neue rechtsbegründende Tatsache eingetreten war, mochten auch der Unfall sowie die erste rechtskräftige Feststellung von Entschädigungsansprüchen vor dem Inkrafttreten der Gesetze erfolgt sein (zu vgl. Handbuch der Unf.Vers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 43 f.). Das hatte die für die Versicherten sehr wichtige Folge, daß z. B. die Hilflosenrente auch bei Unfällen vor dem 1. Oktober 1900 ebenfalls dann zu gewähren war, wenn die Hilflosigkeit nach diesem Zeitpunkt eintrat. Nach ähnlichen Grundsätzen urteilt das Reichsversicherungsamt auch nach der Reichsversicherungsordnung.

II. Unwirksame und irrtümlich geleistete Invalidenversicherungsbeiträge. Die §§ 1442—1445 sind vielfach für die Versicherten günstiger als die Bestimmungen des Invalidenversicherungsgesetzes. Nach § 1442 RVO. können Pflichtbeiträge noch binnen vier Jahren seit der Fälligkeit entrichtet werden, wenn ihre Leistung ohne Verschulden des Versicherten unterblieben ist. Nach § 146 JVG. lief dagegen auch in einem solchen Falle nur eine zweijährige Frist, da die vierjährige Frist nur dann anzuwenden war, wenn weder den Arbeitgeber noch den Versicherten ein Verschulden traf (zu vgl. Rev.Entsch. 875, Amtl. Nachr. 1901 S. 194). Gemäß § 1444 Abs. 2 RVO. werden ferner Zeiten, in denen eine Beitragsstreitigkeit oder ein Rentenverfahren schwebt, in die Fristen zur Nachentrichtung von Pflicht- und freiwilligen Beiträgen nicht eingerechnet. Das bedeutet, daß die Versicherten sich während eines solchen Zeitraums um die Beitragsentrichtung überhaupt nicht zu kümmern brauchen und sie nach der Beendigung des Streitverfahrens in demselben Umfang bewirken können wie vorher. Eine solche Bestimmung war im Invalidenversicherungsgesetz nicht enthalten. Nach § 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO. kann ferner die Versicherungsanstalt die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung im Rentenverfahren nicht mehr bestreiten, wenn sie sie vorher anerkannt hat. Diese Bestimmung, die vom Gesetze mit Rücksicht auf die Grundsätze von Treu und Glauben und die Sicherheit des Rechtsverkehrs getroffen wurde, galt unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes nur in wesentlich geringerem Umfang. Danach war ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung für die Versicherungsanstalt nur dann bindend, wenn es in einem berufungsfähigen Bescheid enthalten war (zu vgl. Rev.Entsch. 1422, Amtl. Nachr. 1909 S. 521). Nach § 1445 Abs. 3 RVO. kann ferner die rechtsgültige Verwendung der in einer Quittungskarte enthaltenen Marken nicht mehr bestritten werden, wenn seit der Aufrechnung der Karte zehn Jahre vergangen sind. Die Beiträge gelten nach Ablauf der Frist regelmäßig ohne weiteres als Pflicht- oder Selbstversicherungsbeiträge und begründen das Recht zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung (zu vgl. Rev.Entsch. 1600 und 1601, Amtl. Nachr. 1912 S. 680 und 681). Diese Vorschrift war dem Invalidenversicherungsgesetz ebenfalls fremd. Endlich können nach § 1446 Abs. 1 RVO. irrtümlich geleistete Pflichtbeiträge auch als Selbstversicherungsbeiträge angerechnet werden, während dies nach dem Invalidenversicherungsgesetz in der Regel unzulässig war (zu vgl. Rev.Entsch. 1227, Amtl. Nachr. 1905 S. 496). Bei der großen Tragweite aller dieser Vor-

Digitized by Google

schriften ist es von besonderer Wichtigkeit, ob ihnen auch eine rückwirkende Kraft, das heißt eine Geltung für die Zeit vor dem 1. Januar 1912, zukommt. Nach der ersteren Vorschrift sind ebenso wie nach § 193 JVG. die den Berechtigten günstigeren Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung regelmäßig auch auf Rentenansprüche anzuwenden, über die am 1. Januar 1912 — dem Tage des Inkrafttretens des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung — das Feststellungsverfahren noch schwebte. Nach Art. 6 Abs. 1 a. a. O. gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Fristen auch für die Fristen, die am 1. Januar 1912 noch laufen. Mit Rücksicht auf diese Vorschrift sind bei den oben erwähnten Bestimmungen der §§ 1442—1445 RVO. zwei Gruppen zu unterscheiden: zunächst diejenigen, die sich an Fristen knüpfen, die an sich schon im Invalidenversicherungsgesetz vorgesehen waren, und dann solche, bei welchen das nicht der Fall ist. Zu den letzteren Vorschriften, die hier zuerst zu behandeln sind, gehören § 1445 Abs. 2 Satz 2 a. a. O. über die Wirkung eines Anerkenntnisses der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung durch die Versicherungsanstalt, § 1445 Abs. 3 über die Bedeutung einer zehnjährigen unangefochtenen Beitragsleistung sowie § 1446 Abs. 1 über die Anrechnung irrtümlicher Pflichtbeiträge als Selbstversicherungsbeiträge. In entsprechender Anwendung der oben mitgeteilten Grundsätze hat das Reichsversicherungsamt allen diesen Vorschriften rückwirkende Kraft beigelegt. Sie gelten daher auch dann, wenn vor dem 1. Januar 1912 das Anerkenntnis der Versicherungsanstalt abgegeben war (zu vgl. Rev.Entsch. 1599, Amtl. Nachr. 1912 S. 676), oder die zehnjährige Frist abgelaufen ist (Rev.Entsch. 1660 a. a. O. S. 1194) oder die irrtümlichen Pflichtbeiträge geleistet sind (Entsch. 1662 a. a. O. S. 1197). Dabei macht es keinen Unterschied, ob es sich um ein schwebendes Rentenverfahren handelt oder nicht (Entsch. 1662.) Die mit Fristen im oben erwähnten Sinne verbundenen Vorschriften betreffen die Verlängerung der Nachentrichtungsfristen für Pflichtbeiträge von zwei auf vier Jahre bei Schuldlosigkeit des Versicherten (§ 1442 Abs. 1 RVO.) und die Unterbrechung der Nachentrichtungsfristen für Pflicht- und freiwillige Beiträge durch ein Streitverfahren (§ 1444 Abs. 2 RVO.) Wie erwähnt, schreibt Art. 6 Einf.Ges. z. RVO. die Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Fristen auch auf solche Fristen vor, die beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung schon liefen. Rein juristisch würde man hier schließen: Art. 6 schreibt die Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nur auf Fristen vor, die am 1. Januar 1912 noch liefen; die an diesem Tage bereits abgelaufenen Fristen sind demnach nur nach altem Rechte zu beurteilen. Das würde dazu führen, die Vorschriften des § 1442 Abs. 1 und des § 1444 Abs. 2 RVO. dann nicht anzuwenden, wenn die im Invalidenversicherungsgesetz bestimmten Fristen — insbesondere also die zweijährige Nachentrichtungsfrist für Pflichtbeiträge — am 1. Januar 1912 schon abgelaufen waren. Das widerspräche indessen nicht nur der auch im Art. 79 Einf.Ges. zur RVO. zutage tretenden Absicht des Gesetzes, sondern auch den oben erwähnten Grundsätzen, von denen das Reichsversicherungsamt bei dem Inkrafttreten des Invalidenversicherungsgesetzes und der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 ausgegangen ist. Danach sind die in Rede stehenden Vorschriften auch auf Fristen anzuwenden, die nach dem Invalidenversicherungsgesetz beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung schon abgelaufen waren. Das ist hinsichtlich der Nachentrichtung von Pflichtbeiträgen für vier statt zwei Jahre bei Schuldlosigkeit des Versicherten (§ 1442 Abs. 1 RVO.) in einer Entscheidung vom 16. Dezember 1912 folgendermaßen begründet worden: Allerdings ordnet Art. 6 Einf.Ges. zur RVO. die Geltung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Fristen nur für solche Fristen an, deren Lauf vor dem 1. Januar 1912 begonnen hat, an diesem Tage aber noch nicht vollendet war. Hieraus kann jedoch nicht gefolgert werden, daß in den Fällen, in denen die nach dem Invalidenversicherungsgesetz allein zulässige zweijährige Nachentrichtungsfrist bereits vor dem 1. Januar 1912 abgelaufen war, auch gegenwärtig nur für zwei Jahre nachträglich Marken verwendet werden dürften. Denn Art. 6 kennzeichnet sich durch seinen Wortlaut und durch seine Stellung im Einführungsgesetz als eine reine Uebergangsvorschrift, deren Zweck sich darin erschöpft, die Anwendbarkeit des neuen Rechtes auf die bei seinem Inkraft-

Digitized by Google

treten laufenden Fristen zugleich zu ermöglichen und zu begrenzen. Hiernach kann aus dieser Uebergangsvorschrift nicht etwa mittels der sogenannten Beweisführung aus dem Gegenteil entnommen werden, daß für alle vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bereits beendeten Fristen allein die Vorschriften des alten Rechtes nach wie vor maßgebend bleiben sollen. Vielmehr ist mangels eines im Gesetz enthaltenen allgemeinen Grundsatzes nach allgemeinen Rechtsregeln zu prüfen, ob einer Fristbestimmung der Reichsversicherungsordnung rückwirkende Kraft zukommt oder nicht. § 1442 RVO. bezweckt, eine Vorschrift des bisherigen Rechtes zugunsten der Versicherten zu mildern. Die Absicht des Gesetzgebers ist, wie für die am 1. Januar 1912 schwebenden Invaliden- und Altersrentensachen im Art. 79 Einf.Ges. z. RVO. ausdrücklich ausgesprochen ist, dahin gegangen, den Versicherten die ihnen günstigeren Vorschriften des neuen Rechtes in möglichst weitem Umfang zugute kommen zu lassen. Hier handelt es sich darum, in welchen zeitlichen Grenzen vom 4. Januar 1912 ab, dem Tage der Bereiterklärung des Arbeitgebers zur nachträglichen Beitragsentrichtung, rückständige Beiträge wirksam geleistet werden dürfen. Diese Frage kann nur nach dem am 4. Januar 1912 geltenden Rechte entschieden werden, also nach § 1442 in Verbindung mit § 1444 Abs. 1 RVO. Wollte man für Zeiten, die beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnuug bereits mehr als zwei Jahre zurücklagen, die Anwendbarkeit der genannten Vorschriften verneinen, so würde dadurch die Wirksamkeit der zugunsten der Versicherten getroffenen Gesetzesänderung bis zum 1. Januar 1914 außer Kraft gesetzt werden, was zweifellos nicht der Absicht des Gesetzgebers entsprechen würde.

Aus ähnlichen Erwägungen ist in der Rev.Entsch. 1659 (Amtl. Nachr. 1912 S. 1191) angenommen worden, daß die Vorschrift des § 1444 Abs. 2 RVO. über die Unterbrechung der Nachentrichtungsfristen durch ein Streitverfahren auch dann gilt, wenn die Fristen, für die eine Nachentrichtung in Frage kommt, nach dem Invalidenversicherungsgesetz schon vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung abgelaufen waren.

III. Entschädigungsansprüche aus Unfällen die sich vor dem 1. Januar 1913 ereignet haben. Das Dritte Buch der Reichsversicherungsordnung ist mit dem 1. Januar 1913 in Kraft getreten. Nach Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. sind aber die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, wenn sie für die Berechtigten günstiger sind, auf die erste Feststellung von Entschädigungsansprüchen aus Unfällen anzuwenden, die sich vor dem 1. Januar 1913 ereignet haben. Vorausgesetzt ist, daß ein Entschädigungsanspruch des Berechtigten schon nach altem Rechte bestanden hat und über ihn am 1. Januar 1913 noch nicht rechtskräftig entschieden ist. Handelt es sich um Entschädigungsansprüche, die im Falle der Tötung erwachsen, so ist weiter vorausgesetzt, daß auch der Tod des Verletzten vor dem angegebenen Tage eingetreten ist. Wenn der Tod des Verletzten nach dem 1. Januar 1913 eingetreten ist, gilt die Reichsversicherungsordnung schlechthin, auch wenn sich der Unfall vorher ereignet hat.

Wie die Praxis zeigt, werden die Entschädigungsansprüche, für welche Art. 60 Einf.Ges. gilt, am meisten beeinflußt durch die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Berechnung des den Renten zugrunde zu legenden Jahresarbeitsverdienstes (§§ 563 bis 572, 586, 587). Bisher mußte die Rente eines Verletzten, der im Betriebe vor dem Unfall kein volles Jahr, vom Unfall zurückgerechnet, beschäftigt war, nach dem Jahresarbeitsverdienste berechnet werden, den während dieses Zeitraums versicherte Personen derselben Art in demselben oder einem benachbarten gleichartigen Betriebe bezogen hatten. War dies nicht möglich, so war der dreihundertfache Betrag des Arbeitslohnes zugrunde zu legen, den der Verletzte während des letzten Jahres vor dem Unfall an den Tagen, an denen er beschäftigt war, im Durchschnitt bezogen hatte. Die Reichsversicherungsordnung läßt den Jahresarbeitsverdienst des Verletzten, der noch kein volles Jahr vor dem Unfall im Betriebe beschäftigt war, in der Weise berechnen, daß die Zahl der Tage, an denen der Verletzte im Betriebe beschäftigt war, mit dem durchschnittlichen Verdienste für den vollen Arbeitstag vervielfältigt und für die übrigen betriebsüblichen Arbeitstage des Jahres der durchschnittliche Verdienst zugezählt wird, den während dieser Zeit Versicherte der gleichen Art und Erwerbsfähigkeit im Betrieb oder in

Digitized by Google

einem gleichartigen benachbarten Betriebe für den vollen Arbeitstag bezogen haben. Wenn sich diese Berechnung nicht ausführen läßt, ist der Jahresarbeitsverdienst durch Vervielfältigung der betriebsüblichen Zahl von Arbeitstagen im Jahre mit dem Entgelt zu berechnen, den der Verletzte während der Beschäftigung im Betriebe durchschnittlich für den vollen Arbeitstag bezogen hat. Diese Gegenüberstellung läßt erkennen, daß das neue Recht vom alten erheblich abweicht. Ob es dem Berechtigten günstiger ist, läßt sich aber nur für den einzelnen Fall entscheiden, so daß also der Jahresarbeitsverdienst in der Uebergangszeit regelmäßig nach altem und neuem Rechte ziffernmäßig zu berechnen und danach zu entscheiden ist, welches Recht Anwendung findet. Diese Frage muß von Amts wegen geprüft werden, also auch dann, wenn der Berechtigte nach dieser Richtung eine Mängelrüge nicht erhoben hat. Aus den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Berechnung der Renten erwächst den besser gelohnten Versicherten stets Vorteil insofern, als jetzt der Jahresarbeitsverdienst nur, soweit er 1800 M. übersteigt, lediglich mit einem Drittel anzurechnen ist, während bekanntlich nach altem Rechte der Jahresarbeitsverdienst nur bis zum Betrage von 1500 M. voll anrechnungsfähig war. Auch diese Aenderung hat gemäß Art. 60 Einf.Ges. bereits in zahlreichen Fällen zur Erhöhung der vom Versicherungsträger erstmalig festgestellten Rente durch das Rekursgericht geführt. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhange noch, daß der ortsübliche Tagelohn (Ortslohn), der bei der Berechnung der Renten, insbesondere der landwirtschaftlichen Arbeiter, eine Rolle spielt, aber auch dann, wenn der Jahresarbeitsverdienst sich weder in der einen noch der anderen oben dargelegten Weise feststellen läßt (§§ 936, 567, 570 u. a. RVO.), und der bisher von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzt wurde, nach der Reichsversicherungsordnung vom Oberversicherungsamt festgesetzt wird. Dieser Organisationsänderung kann sehr wohl alsbald eine Erhöhung des Ortslohns folgen. Ob eine solche aber irgendwie im Sinne des Art. 60 Einf.Ges. zu verwerten ist, erscheint zweifelhaft. Zur Bejahung wird man kaum kommen können, da offenbar davon auszugehen ist, daß grundsätzlich der zur Zeit des Unfalls gültige ortsübliche Tagelohn maßgebend ist.

Von den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, die nach Art. 60 Einf.Ges. unter Umständen auf Ansprüche anzuwenden sind, welche am 1. Januar 1913 bereits anhängig waren, sind noch folgende hervorzuheben:

Nach neuem wie nach altem Rechte ist der Versicherungsträger befugt, den Schadenersatz ganz oder teilweise zu versagen, wenn der Verletzte sich den Unfall beim Begehen einer Handlung zugezogen hat, die nach strafgerichtlichem Urteil ein Verbrechen oder ein vorsätzliches Vergehen ist. Diese Befugnis des Versicherungsträgers hatte das alte Recht in keiner Weise eingeschränkt. Die Reichsversicherungsordnung hat zugunsten der Versicherten bestimmt, daß die Verletzung bergpolizeilicher Verordnungen nicht als Vergehen in diesem Sinne gilt. Das gleiche hat die Reichsversicherungsordnung hinsichtlich der Verletzung des § 93 Abs. 2, 3, der §§ 95—97 der Seemannsordnung vorgeschrieben.

Die Reichsversicherungsordnung macht die Gewährung der Hilflosenrente nur davon abhängig, daß der Verletzte infolge des Unfalls nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann, also nicht von der weiteren Voraussetzung des alten Rechtes, daß der Verletzte infolge des Unfalls völlig erwerbsunfähig ist.

Von erheblicher Bedeutung kann auch in der Uebergangszeit die wichtige Vorschrift der Reichsversicherungsordnung sein, daß der Verletzte schlechthin als völlig erwerbsunfähig gilt für die Zeit, für die ihm die Krankenkasse, knappschaftliche Krankenkasse oder Ersatzkasse Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt hat, wenn der Versicherungsträger nach dem Beginne der vierzehnten Woche nach dem Unfall die Fürsorge für den Verletzten nicht übernommen hat.

Günstiger gestellt als bisher ist der Berechtigte ferner dadurch, daß nach der Reichsversicherungsordnung die Rente noch für den Sterbemonat, den Monat der Wiederverheiratung und den Monat, der das Ruhen der Rente bringt, gezahlt wird.

Aus den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Ruhen der Rente ist in diesem Zusammenhange zu erwähnen, daß danach die Rente des berechtigten Ausländers, abgesehen von seiner Ausweisung, nur ruht, solange er sich freiwillig gewöhnlich im Ausland aufhält, und weiter, daß die Rente eines ausgewiesenen berechtigten Ausländers, wenn die

Digitized by Google

Ausweisung nicht wegen Verurteilung oder aus Anlaß der Verurteilung in einem Strafverfahren angeordnet ist, nur unter denselben Voraussetzungen ruht wie die des berechtigten Inländers, der sich im Ausland aufhält. Diese Vorschriften enthalten gegenüber dem bisherigen Rechte wesentliche Vergünstigungen für den berechtigten Ausländer.

Eine dem Verletzten günstigere Vorschrift enthält auch die Reichsversicherungsordnung hinsichtlich der Verjährung des Entschädigungsanspruchs. Selbst wenn trotz des Eintritts einer Unfallfolge in den ersten beiden Jahren nach dem Unfall bis zum Ablauf dieser beiden Jahre kein Entschädigungsanspruch angemeldet worden ist, kann nach neuem Rechte der Anspruch doch noch geltend gemacht werden, wenn nur jene Unfallfolge nach Ablauf der zwei Jahre in wesentlich höherem Maße, wenn auch in allmählicher gleichmäßiger Entwicklung des Leidens, bemerkbar geworden ist. Ob aber diese der Verjährungseinrede sehr erheblich entgegenwirkende Vorschrift für Entschädigungsansprüche in Betracht kommt aus Unfällen, die länger als zwei Jahre vor dem 1. Januar 1913 liegen, ist fraglich. Es hängt das von der Entscheidung der Vorfrage ab, ob anzunehmen ist daß der Verletzte unter den erwähnten Umständen schon nach altem Rechte einen Entschädigungsanspruch hatte (Art. 60 Abs. 1 S. 2 Einf.Ges.). Bisher hat das Reichsversicherungsamt noch keine Gelegenheit gehabt, zu dieser Frage Stellung zu nehmen.

Zum Schlusse sei noch bemerkt, daß die Vorschrift der Reichsversicherungsordnung, nach welcher ein Anspruch der vom Verstorbenen hinterlassenen bedürftigen Verwandten aufsteigender Linie schon dann gegeben ist, wenn der Verstorbene sie wesentlich aus seinem Arbeitsverdienst unterhalten hat, trotzdem sie günstiger ist als das bisherige Recht, doch keine Anwendung findet auf Entschädigungsansprüche aus Unfällen vor dem 1. Januar 1913, wenn der Verletzte vor diesem Tage gestorben ist. Denn es fehlt hier, wie das Reichsversicherungsamt bereits entschieden hat, an der Voraussetzung des Art. 60 Abs. 1 S. 2 Einf.Ges. Die vom Verstorbenen nur wesentlich, nicht überwiegend unterhaltenen Aszendenten haben nach bisherigem Rechte einen Entschädigungsanspruch nicht gehabt.

Ueber §§ 1302 und 1303 RVO.

Von Oberregierungsrat **Kobler** in München.

In den §§ 1302, 1303 RVO. ist für den Fall des Todes eines Versicherten oder eines zum Bezug einer Rente usw. Berechtigten der Uebergang des Bezugsrechts auf die Angehörigen in bestimmter Reihenfolge geregelt. Eine entsprechende Bestimmung findet sich für die Krankenversicherung im § 203, sowie für die Unfallversicherung in §§ 586 Nr. 1, 614. Die Anwendung dieser Vorschriften war im Entwurfe auf Ehegatten, Kinder und Eltern beschränkt; die Ausdehnung auf Geschwister wurde erst von der Reichstagskommission, und zwar bei § 203, 1302 und 1303 in erster, bei § 614 in zweiter Lesung beigefügt (vgl. Kommissionsbericht zweiter Teil S. 101, dritter Teil S. 86, vierter Teil S. 124).

Darüber, daß durch § 203 und § 614 die Rechtsnachfolge auf die darin bezeichneten Personen beschränkt und die Erbfolge nach dem bürgerlichen Recht überhaupt ausgeschlossen werden sollte, herrscht kein Zweifel. Beim Sterbegeld des § 203 (§ 586 Nr. 1) versteht es sich eigentlich von selbst, daß dasselbe nicht zum Nachlaß gehört, zu dem Vermögen, das mit dem Tode einer Person auf andere übergeht (§§ 1922 und 330 BGB.). Die Begründung zu § 216 des letzten Entwurfes sagt es übrigens ausdrücklich, daß die Zahlung des Ueberschusses, dem Zwecke der Leistung entsprechend, auf die nächsten Angehörigen des Haushalts beschränkt sei (S. 160). In ähnlicher Weise erklärt auch die Begründung zu § 614 (§ 631 des letzten Entwurfes), daß der Anspruch auf Nachzahlung fortfalle, wenn kein nach § 631 Bezugsberechtigter vorhanden sei.

Digitized by Google

Für die Fälle der § 1302 und 1303 dagegen ist es bestritten, ob nicht außerdem noch eine Rechtsnachfolge nach dem bürgerlichen Rechte eintreten könne. Seelmann verneint diese Frage, Hanow-Lehmann bejahen sie (vgl. Hanow-Lehmann, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, 2. Aufl. S. 213 und 216); sie behaupten mit guten Gründen, daß es einer ausdrücklichen Vorschrift bedurft hätte, um klarzustellen, daß ein vom Rentenberechtigten erworbener Anspruch wieder in das Vermögen der Versicherungsanstalt zurückfallen solle. Und doch dürfte die Ansicht Seelmanns den Vorzug verdienen.

Wenn in der Begründung des Gesetzentwurfes (S. 306) gesagt wird, daß die neue Vorschrift des § 631 (nunmehr § 614) mit § 1290 (nunmehr § 1302) in Einklang gebracht worden sei, so ist nur schwer anzunehmen, daß dieser Einklang lediglich in einer äußerlichen Uebereinstimmung des Wortlautes bestehen und sich nicht auf die Wirksamkeit im ganzen beziehen solle. Es ist auch nicht abzusehen, wie in dem gleichen Gesetze der gleiche Wortlaut jeweils einen andern Sinn, an zwei Stellen ausschließende Bedeutung, an der dritten aber keine solche haben sollte.

Die Bestimmung des § 1303 und damit auch die des § 1302 geht zurück auf § 41 Abs. 4 JVG.; § 41 Abs. 4 ist schon dem § 1370 des ersten Entwurfes von 1909, der dem § 1291 des letzten Entwurfes im wesentlichen entspricht, am Rande beigefügt. Beim JVG. war es seinerzeit für notwendig gehalten worden, den Eintritt der Rechtsnachfolge nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechtes genau festzusetzen, weil der Uebergang der Rechte auf andere Personen dem Zwecke der Arbeiterversicherung ferne liegt. Abs. 4 des § 41 JVG. von 1899 war bestimmt, der unter dem Invaliden- und Altersversicherungsgesetz von 1889 entstandenen Praxis, nach welcher die Rentenansprüche ebenso wie andere vermögensrechtliche Ansprüche einer Rechtsnachfolge beim Tode des Versicherten unterliegen, eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage zu geben (Begründung zum Invalidenversicherungsgesetz S. 270). Wenn nun diese ausdrückliche gesetzliche Grundlage abgeändert und in der neuen Fassung die subsidiäre Rechtsnachfolge nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechtes weggelassen wurde, so deutet dieser Umstand darauf hin, daß eine solche subsidiäre Rechtsnachfolge künftighin nicht mehr stattfinden solle.

Auch die Begründung zur Reichsversicherungsordnung S. 408 führt zu dieser Auslegung. Es ist ausdrücklich gesagt, daß die Bezugsberechtigung in Abweichung von der Erbfolge des bürgerlichen Rechtes geregelt werden soll; bei der Anwendung des Gesetzes ist also auch kein Raum mehr für eine subsidiäre Erbfolge nach bürgerlichem Recht. Wenn der Gesetzgeber glaubt, den Nachweis der Erbeseigenschaft nachlassen zu müssen, weil die Kosten dafür oft im Verhältnis zur geringen Rente zu groß sein würden, so ist damit nicht gesagt, daß Vorzugserben und solche nach bürgerlichem Rechte geschaffen werden sollen und nur ersteren der Nachweis zu erlassen sei; vielmehr sind die Kosten im allgemeinen als zu groß bezeichnet, so daß überhaupt der Nachweis der Erbeseigenschaft im ganzen Verfahren außer Betracht bleiben soll. Hätte die Erbfolge des bürgerlichen Rechtes auch nur in subsidiärer Weise zugelassen werden sollen, so hätte nie gesagt werden dürfen, daß die Angehörigen nur dann bezugsberechtigt seien, wenn sie mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt hätten, sondern es hätte immer hinzugefügt werden müssen: „oder nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechtes zur Erbfolge berufen wären".

Die Zulassung der Erbfolge nach bürgerlichem Recht war auch vom Standpunkt der Reichsversicherungsordnung aus vollständig entbehrlich. Die alte Praxis und das Invalidenversicherungsgesetz wollten eine Lücke der Gesetzgebung ausfüllen, deren Vorhandensein als Härte empfunden wurde; jetzt ist durch die Reichsversicherungsordnung selbst eine Erbfolge geschaffen, die teilweise in Anlehnung an die Bestimmung des Bürgerlichen Gesetzbuchs, den praktischen Bedürfnissen im wesentlichen entspricht. Die Zuwendung von Vermögensteilen an Zufallserben, an Personen, die vielleicht selbst schon wohlhabend sind oder in gar keiner näheren Beziehung zum Erblasser standen, widerspricht den Zwecken der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ebenso wie denen der Kranken- und Unfallversicherung. Das nächste Ziel der Sozialpolitik ist es, den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit

Digitized by Google

des Beistandes zu verbürgen, von ihnen die wirtschaftlichen Folgen von Unfällen, Krankheit und Invalidität abzuwenden; damit läßt sich aber nur eine Ausdehnung der Zuwendung auf Personen rechtfertigen, die dem Versicherten wirklich nahe gestanden sind, die von ihm hätten unterhalten werden sollen oder zu seinem Unterhalte selbst beigetragen haben. Die Zweckwidrigkeit der Anwendung des bürgerlichen Rechts tritt mir besonders in der Erinnerung an eine Streitsache vor Augen, bei deren Entscheidung ich unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes mitzuwirken hatte. Hier wurde ein Rentenbetrag von insgesamt 112 M. von neun erwachsenen Kindern und zugleich auch für die Tilgung von Nachlaßschulden in Anspruch genommen.

Wenn sich nun in unzweideutiger Weise ergibt, daß der Gesetzgeber auch in § 1302 und 1303 die Erbfolge nach bürgerlichem Rechte ausschließen *wollte*, so ist anzunehmen, daß dieser Wille des Gesetzgebers wirklich Gesetz geworden ist. Die Fassung der §§ 1302 und 1303 steht dem nicht entgegen. Da müssen Bedenken, die an sich recht beachtenswert wären, zurücktreten.

Das Gesetz macht die Bezugsberechtigung davon abhängig, daß die Angehörigen mit dem Verstorbenen zur Zeit seines Todes in *häuslicher Gemeinschaft* gelebt haben. Ueber den Begriff der häuslichen Gemeinschaft äußert sich weder die Begründung noch der Kommissionsbericht; beide konnten dies auch unterlassen, weil die gleiche Voraussetzung schon dem früheren Rechte angehörte und die Anwendung des Begriffes besonderen rechtlichen Schwierigkeiten niemals begegnet zu sein scheint. Tatsächliche Schwierigkeiten ergeben sich dagegen öfter. Mit *Weymann* (Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 2. Aufl. S. 408) ist daran festzuhalten, daß der Begriff nicht nur *räumlich* aufzufassen ist, wie es z. B. nach § 437 RVO. bei der Aufnahme eines Dienstboten in die häusliche Gemeinschaft der Fall wäre. Freilich muß einmal eine räumliche Gemeinschaft, wenn auch nur für eine gewisse Zeit bestanden haben; aber neben der ethischen Auffassung des Verhältnisses, die *Weymann* in den Vordergrund stellt, ist auch die wirtschaftliche Verbindung maßgebend. Insbesonders wenn die Auflösung einer häuslichen Gemeinschaft in Frage kommt, genügt es nicht, eine räumliche Trennung festzustellen; wie *Weymann* mit Recht annimmt, kommt es vor allem auf die Absicht an, welche die Beteiligten bei der Trennung verfolgten. So kann man wohl annehmen, daß selbst eine längere Trennung die häusliche Gemeinschaft nicht aufhebt, wenn Gesundheitsrücksichten einen der Beteiligten zu einem Wechsel des Aufenthaltortes veranlaßten. Die Aufgabe einer bisher innegehabten gemeinschaftlichen Wohnung und die Teilung des Wohnungsinventars kann, für sich allein betrachtet, bei der Beurteilung nicht Ausschlag geben; Arbeiterfamilien haben mit kleinen Beträgen zu rechnen und können sich die Beibehaltung einer über die augenblicklichen Bedürfnisse hinausgehenden Wohnung nicht gestatten, auch wenn sie darauf rechnen, in absehbarer Zeit den Hausstand wieder zu vereinigen.

Zu den Geschwistern im Sinne der §§ 1302 und 1303 gehören auch die *Halbgeschwister*; alle Personen, welche den Vater *oder* die Mutter gemeinsam haben, sind echte Geschwister. Dagegen zählen die *Stiefeltern* nicht zu den bezugsberechtigten Personen.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Ort des Betriebssitzes (§ 5a KVG.) ist unter Umständen die Wohnung des Unternehmers oder eines von mehreren Unternehmern.

Entscheidung des **Kgl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts** 3. Senats, vom 31. Oktober 1912.

Der Ortsarmenverband Ch. hat den Tapezierer Karl M. vom 22. April bis 21. Mai 1910 durch Krankenhauspflege mit einem Kostenaufwande von 87 M. unterstützt. M. war bis zu seiner Erkrankung bei den Tapezierern N. und K., die sich im Jahre 1909 zusammengetan hatten und angeblich unter einem gemeinsamen Namen ein Tapeziergeschäft betreiben, an wechselnden Stellen in den Vororten Berlins, und zwar zur Zeit seiner Aufnahme in das Krankenhaus in Charlottenburg, beschäftigt. Der Ortsarmenverband Ch. nimmt an, daß der Sitz des Gewerbebetriebes von N. und K. in Schöneberg, dem Wohnort des K. war und forderte, gestützt auf § 5a des KVG., von der Ortskrankenkasse der Stadt Schöneberg behufs Deckung seiner für M. gemachten Aufwendungen die Erstattung der dem M. zustehenden Krankenunterstützung in Höhe des $1\frac{1}{2}$fachen Krankengeldes mit zusammen 75 M. für die Zeit vom 22. April bis 25. Mai 1910. Die Krankenkasse bat um Abweisung der Klage und machte geltend, daß der nach § 5a KVG. für die Kassenzugehörigkeit M.s maßgebende Sitz des von K. und N. gemeinsam betriebenen Geschäftes sich gar nicht in Schöneberg, sondern an dem Wohnort N.s in Charlottenburg oder in Wilmersdorf befinde. N. sei die Seele des Geschäftes, das sich wesentlich auf seine Erfahrung und seine Kundschaft aufbaue. Von der Wohnung N.s aus fände die Leitung des Geschäftes statt. Dort würden auch die erforderlichen Geschäftsbücher und Korrespondenzen geführt. K. sei ein noch junger Mann, der nicht einmal eine eigene Wohnung habe und für die Leitung des Geschäftes nicht wesentlich in Betracht komme. Daß die Anmeldung des Gewerbebetriebes formell in Schöneberg und auch die Anmeldung K.s bei der Krankenkasse in Schöneberg stattgefunden habe, sei unerheblich.

Der Bezirksausschuß hat die gemeinsame Ortskrankenkasse zu Dt. Wilmersdorf als möglicherweise beteiligt, beigeladen, über den Geschäftsbetrieb von N. und K. den K. als Zeugen vernommen und demnächst die Beklagte nach dem Klageantrag verurteilt.

Hiergegen hat die Beklagte die Revision eingelegt, der auch vom Oberverwaltungsgericht stattgegeben wurde. Aus den Gründen:

Als Beschäftigungsort der versicherungspflichtigen Arbeiter ist derjenige Ort anzusehen, an dem sich der Sitz des Gewerbebetriebes befindet. Ort des Betriebssitzes im Sinne des § 5a des KVG. ist aber derjenige Ort, von dem aus das Gewerbe betrieben wird; der sich also tatsächlich als Mittelpunkt, sowie als wirtschaftlicher Schwerpunkt des ganzen Unternehmens darstellt. Daß sich an diesem Orte, um ihn als Betriebssitz des Unternehmens kennzeichnen zu können, besondere Einrichtungen, wie Bureaus, Werkstätten, Lagerräume usw. befinden müssen, ist nicht erforderlich. Sind solche nicht vorhanden, so ist unter Umständen die Wohnung des Unternehmers, von dem aus das Gewerbe betrieben wird, der Sitz des Betriebs. Haben sich, wie im vorliegenden Falle, mehrere Personen zu einem gemeinsamen Unternehmen vereinigt, so fragt es sich, ob nicht die Leitung des Unternehmens im wesentlichen von einer dieser Personen derart erfolgt, daß deren Wohnung als Sitz des Betriebes anzusehen ist. Ob die Beteiligten, abweichend hiervon, einen andern Ort als denjenigen des Betriebssitzes angesehen wissen wollen, insbesondere ob sie das Gewerbe an einem anderen Ort angemeldet und sich dort zur Gewerbesteuer haben veranlagen lassen, ist allein nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Nun hat im vorliegenden Falle der Kläger schon in der Vorinstanz bestimmte Behauptungen nach der Richtung hin aufgestellt, daß N. der eigentliche Leiter des Geschäftes sei und dieses von seiner Wohnung aus führe, daß er insbesondere allein einerseits mit den Auftraggebern, andererseits mit den Arbeitern die Verträge abschließe, daß er in seiner Wohnung die Rechnungen ausschreibe, die erforderlichen Berechnungen aufstelle usw. Der Vorderrichter durfte dies nicht übergehen und, wie er es getan hat, sich lediglich auf die von ihm angeführten, im wesentlichen von dem Willen der Beteiligten abhängigen Tatsachen stützen. Die Vorentscheidung muß deshalb aufgehoben werden. Gleichzeitig mußte, da eine weitere Aufklärung der Sachlage nach Maßgabe der Parteibehauptungen geboten erscheint, die Zurückverweisung der Sache in die Vorinstanz ausgesprochen werden.

Anmerkung: Die Entscheidung wird auch nach dem künftigen Rechte Geltung beanspruchen. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 144 Anm. 2 zu § 154 RVO.

Begründung der Pflichtversicherung trotz Krankheit und Erwerbsunfähigkeit (mißglückter Arbeitsversuch).

Entscheidung des **Kgl. Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, vom 14. November 1912.

Der Verwalter Fritz B., der bis zum 2. Januar 1911 bei dem Rittergutsbesitzer St. in N. in Stellung gewesen und dadurch versicherungspflichtiges Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse in N. geworden war, wurde von dieser wegen Lungenleidens vom 19. Dezember 1910 ab im Kreiskrankenhause zu N. verpflegt und von dort am 2. Januar 1911 ungeheilt entlassen. Er trat dann am 4. Januar 1911 in den Dienst des Amtsrats G. zu S., mußte aber vom 27. Januar 1911 ab wegen seines Lungenleidens wiederum ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen und er wurde dann von der für die Arbeiter G.s zuständigen Gemeindekrankenversicherung des Kreises

Digitized by Google

B. vom 2. Februar bis 19. Mai 1911 in dem dortigen Kreiskrankenhause mit einem Kostenaufwande von 212,84 M. verpflegt. Die Klage der Gemeindekrankenversicherung gegen die Allgemeine Ortskrankenkasse zu N. auf Erstattung dieses Betrages hat der Bezirksausschuß zu Potsdam durch Vorbescheid vom 20. März 1912 abgewiesen, indem er nach Anhörung des Amtsrats G. als Zeugen für erwiesen ansah, daß B., wenn auch an derselben Krankheit, wie in der Zeit bis zum 2. Januar 1911 leidend und in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt, doch in der Zeit vom 4. bis 27. Januar 1911 bei G. ernstliche Lohnarbeit verrichtet habe und dadurch Mitglied der beklagten Ortskrankenkasse geworden sei.

Die von der Klägerin hiergegen eingelegte Revision ist nicht begründet, da die Vorentscheidung weder einen Rechtsirrtum, noch einen Mangel des Verfahrens, auf die allein nach § 94 des Landesverwaltungsgesetzes das Rechtsmittel gestützt werden kann, erkennen läßt. Die Entscheidung hängt davon ab, ob B. durch Uebernahme von Lohnarbeit bei G. Mitglied der klägerischen Gemeindekrankenversicherung geworden ist. Dem würde es nicht entgegengestanden haben, wenn B. seit dem 19. Dezember 1910 ununterbrochen krank, oder sogar erwerbsunfähig im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes war. Denn das Oberverwaltungsgericht hat in ständiger Rechtsprechung angenommen, daß auch kranke und erwerbsunfähige Personen durch Uebernahme einer Lohnarbeit versicherungspflichtige Mitglieder einer Gemeindekrankenversicherung oder einer Krankenkasse werden können. Nur wird vorausgesetzt, daß es sich bei der in Betracht kommenden Beschäftigung um eine wirkliche Arbeit und nicht bloß um den mißglückten Arbeitsversuch eines völlig Arbeitsunfähigen handelte (vgl. Hahn, Kommentar zum KVG. 6. Aufl. S. 30). Nach Lage der Akten, insbesondere auf Grund der Aussage des Zeugen G. konnte der Vorderrichter aber ohne sich eines Rechtsirrtums oder Verfahrensmangels schuldig zu machen, tatsächlich feststellen, daß B. bei G. seit dem 4. Januar 1911, wenn auch in beschränktem Maße, ernstliche Lohnarbeit verrichtet hat, und daß es sich nicht bloß um einen mißglückten Arbeitsversuch handelte. Daraus folgt, daß B. Mitglied der Klägerin geworden ist, sowie daß diese und nicht die Beklagte zur Unterstützung B.s seit dem 2. Februar 1911 verpflichtet war. Demgemäß ist der Klageanspruch unbegründet und mit Recht von dem Bezirksausschuß abgewiesen.

Betriebskrankenkassen für Unternehmungen, die zwar von den gleichen Personen, jedoch in rechtlich gesonderter Form — teils als offene Handelsgesellschaft, teils als Kommanditgesellschaft — betrieben werden, sind nicht als „Betriebe desselben Unternehmers" zu erachten und ist daher auch deren Vereinigung unzulässig. § 67c Abs. 1 KVG.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 16. Dezember 1912.

Die Beschwerde richtet sich dagegen, daß dem Statute für „die vereinigte Betriebskrankenkasse Hotel Bayr. Hof und Regina Palast Hotel" und damit der beantragten Vereinigung der beiden Betriebskrankenkassen Hotel Bayr. Hof und Regina Palast Hotel von der Regierung von Oberbayern, K. d. Inn., die nachgesuchte Genehmigung versagt worden ist.

Nach § 67c KVG. können mehrere Betriebskrankenkassen für Betriebe desselben Unternehmers mit Zustimmung ihrer Generalversammlungen zu einer Kasse vereinigt werden. Aus dieser Bestimmung im Zusammenhalte mit § 60 und § 67a a. O. ergibt sich, daß Betriebskrankenkassen für Betriebe verschiedener Unternehmer nicht zu einer Kasse vereinigt werden dürfen.

Unternehmer im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes ist derjenige, für dessen Rechnung der Betrieb erfolgt, so daß ihm das ökonomische Ergebnis Vorteil oder Nachteil bringt (Hahn, KVG. 6. Aufl. Erl. 1a zu § 38). Hiernach ist Unternehmer für den Betrieb des Hotels „Bayr. Hof" die offene Handelsgesellschaft „Hotel Bayr. Hof Gebr. B." (mit den Gesellschaftern E., H. und W. B.), Unternehmer für den Betrieb des Regina Palast Hotels war zur Zeit der Erlassung des Regierungsbescheids die Gesellschaft mit beschränkter Haftung „Regina Palast Hotel B." Inhaltlich des Vertrags vom 6. November 1911 ist zum unveränderten Fortbetrieb des bis dahin von der Gesellschaft mit beschränkter Haftung Regina Palast Hotel B. betriebenen Geschäfts eine Kommanditgesellschaft unter der Firma „Regina Palast Hotel B. G. m. b. H. und Konsorten, Kommanditgesellschaft" gegründet worden. Betriebsunternehmerin des Regina Palast Hotels ist daher nunmehr diese Kommanditgesellschaft, die gebildet ist aus der Gesellschaft mit beschränkter Haftung Regina Palast Hotel B. als persönlich haftender Gesellschafterin und aus zehn Kommanditisten. . .

Hiernach und nach den Bestimmungen des Handelsgesetzbuchs über die offene Handelsgesellschaft §§ 105 ff., über die Kommanditgesellschaft §§ 161 ff., sowie des RG., betr. die Gesellschaften mit beschränkter Haftung, kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Unternehmerin für den Betrieb des Hotels Bayr. Hof, d. i. die „offene Handelsgesellschaft Gebr. B.", auf der einen Seite und die Unternehmerin für den Betrieb des Regina Palast Hotels, d. i. die Kommanditgesellschaft unter der Firma „Regina Palast Hotel B. G. m. b. H. und Konsorten, Kommanditgesellschaft" verschiedene Rechtssubjekte sind. Jede dieser beiden Gesellschaften ist ein selbständiges Rechtssubjekt nach Maßgabe der Bestimmungen in § 124 und § 161 des Handelsgesetzbuchs (vgl. hierzu Staub, Komm. z. HBB. 8. Aufl. 1. Bd. Erl. zu § 124 S. 464 ff., dann Erl. 2. u. 17 zu § 161). Daß weder der offenen Handelsgesellschaft, noch der Kommanditgesellschaft die Eigenschaft einer juristischen Person zukommt, schließt ihre juristische Selbständigkeit nach den angeführten Bestimmungen nicht aus.

Die rechtliche Verschiedenheit der beiden Gesellschaften wird auch von der Beschwerde nicht ernstlich bestritten. Die Beschwerde macht geltend, daß der Begriff des Unternehmers vornehmlich nach wirtschaftlichen und nicht nach juristischen der Rechtsnatur den Gesellschaften entnommenen Gesichtspunkten

Digitized by Google

festzustellen sei, und findet die wirtschaftliche Identität der Unternehmer der beiden Hotelbetriebe darin, daß es sich bei beiden um ein Familienunternehmen handle, bei dem die Ehefrau und die Kinder des verstorbenen Hotelbesitzers H. V. als einzige Teilhaber bei beiden Hotels beteiligt seien. In dieser Beziehung ist in der Beschwerdeschrift noch angeführt, daß die Witwe E. V. und die genannten Kinder des Verlebten zufolge seines Testaments an der offenen Handelsgesellschaft Hotel Bayr. Hof Gebr. V. beteiligt seien und zwar in der Weise, daß sie ihre Geschäftsanteile im Gesamtbetrag von . . . im Geschäft belassen müssen und hierfür aus dem Gewinn des Unternehmens eine Verzinsung ihrer Anteile beziehen. Nach den hierüber von den Beschwerdevertretern bei der Verhandlung vor dem Kgl. Verwaltungsgerichtshof gegebenen Aufklärungen und den hierbei vorgelegten Urkunden wird dies dahin zu verstehen sein, daß der Witwe und den Kindern für ihre Vermächtnisforderungen auf dem Hotelanwesen Bayr. Hof Hypothek bestellt ist und daß sie für die bezüglichen Hypothekforderungen feste Zinsen zu 4% jährlich zu beanspruchen haben. Hiernach wären sie aber nicht an dem Hotelbetrieb selbst beteiligt, sondern bloß Hypothekgläubiger der offenen Handelsgesellschaft Gebr. V.

Aber auch wenn angenommen wird, sie seien als stille Gesellschafter (§ 335 HGB.) an dem Hotelbetrieb selbst beteiligt, und es seien die Witwe und die neun Kinder des verlebten H. V. als einzige Teilhaber bei beiden Hotelbetrieben beteiligt, so wäre damit noch nicht dargetan, daß die Unternehmer beider Hotelbetriebe wirtschaftlich die nämlichen sind. Hierzu müßte doch noch kommen, daß die Beteiligung der einzelnen Familienmitglieder an beiden Betrieben eine gleichheitliche und gleichartige ist, d. h. daß ein jedes Familienmitglied bei dem einen wie bei dem anderen Hotelunternehmen mit dem gleichen Anteile, mit gleichen Rechten und Pflichten, insbesondere auch gleichheitlich am Gewinn und Verlust beteiligt ist. Dies ist aber nicht der Fall und kann bei der Verschiedenheit der tatsächlichen und rechtlichen Gestaltung der beiden Gesellschaften nicht der Fall sein. Es geht, wie sich hieraus ergibt, überhaupt nicht an, die Frage, ob die Unternehmer der beiden Hotelbetriebe identisch sind, ohne Rücksicht auf die rechtlichen Verhältnisse und die Rechtsform der für den Betrieb der Unternehmungen bestehenden Gesellschaften nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu entscheiden.

Unbehelflich ist danach auch das Beschwerdevorbringen, daß die offene Handelsgesellschaft „Bayr. Hof Gebr. V." bei beiden Hotelbetrieben die Führung habe und daß die Gesellschafter der offenen Handelsgesellschaft E. und W. V. sowohl vertretungsberechtigte Gesellschafter der offenen Handelsgesellschaft wie auch Geschäftsführer und Gesellschafter der Kommanditgesellschaft seien. Unternehmer eines Betriebs ist, wie bereits oben erwähnt, derjenige, für dessen Rechnung der Betrieb erfolgt, also nicht derjenige, welcher für den Unternehmer die Geschäfte führt oder ihn gerichtlich und außergerichtlich zu vertreten hat. Die Identität der beiderseitigen Geschäftsführer und Vertreter kann daher nicht die mangelnde Identität der beiden als Unternehmer in Betracht kommenden Gesellschaften ersetzen.

(Reger).

Erwerbslosigkeit im Sinne des § 28 KVG. besteht auch bei Einziehung zum Militärdienst.

Entscheidung des **Braunschweigischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 17. Januar 1912.

Vor seinem Ausscheiden aus der beigeladenen Ortskrankenkasse hat der Kläger dieser länger als drei Wochen ununterbrochen angehört, und der Unterstützungsfall ist spätestens am 28. Oktober 1911, als der operative Eingriff beim Kläger vorgenommen wurde, mithin innerhalb der Dreiwochenfrist des § 28 KVG. eingetreten. Daß der Kläger nach seinem Ausscheiden aus der Kasse bis zum Eintritt in den Militärdienst oder nach seiner Entlassung aus dem Heer bis zum Tage der Operation versicherungspflichtige Beschäftigung verrichtet hätte, ist nicht behauptet, nach Lage des Falles auch nicht anzunehmen. Streit herrscht nur über die Frage, ob als erwerbslos im Sinne des § 28 KVG. anzusehen ist, wer behufs Erfüllung seiner gesetzlichen Dienstpflicht zum Militär eingezogen wird. Der Verwaltungsgerichtshof bejaht diese Frage mit Hahn, 6. Aufl. Anm. 1c zu § 28 KVG., der redaktionellen Auskunft in Arb.-Versorgg. Bd. 25 S. 20 Nr. 15 und S. 523 Nr. 3, sowie mit dem Sächsischen Oberverwaltungsgericht (Reger, Bd. 29 S. 60), wenn er auch den Gründen der sächsischen Entscheidung nicht in allen Punkten beipflichtet. Die Erwerbslosigkeit besteht in dem Mangel einer frei gewählten Beschäftigung unter freier Lohnvereinbarung (Arb.-Versorgg. Bd. 12 S. 8 ff., 11; Hahn, 6. Aufl. Anm. 1b zu § 28 KVG.; Hoffmann, Anm. 2 zu § 28 KVG.); ihre Ursache ist für den Anspruch aus § 28 belanglos. Wer zur Erfüllung seiner Dienstpflicht ins Heer eingestellt wird, übt keine Beschäftigung im Sinne des KVG. aus, wie zweifelsfrei durch § 3 KVG. bestimmt ist. Auch wenn der Soldat beispielsweise als Arbeiter in einer Gewehrfabrik, als Oekonomiehandwerker oder im Bureau Arbeiten verrichtet, die an sich der Versicherungspflicht unterliegen, so soll diese Tätigkeit nach der angezogenen Gesetzesbestimmung doch von der Versicherungspflicht ausgenommen sein, wenn und solange sie im Militärdienst erfolgt. Ueberdies ist die militärische Dienstleistung des Pflichtsoldaten nicht frei gewählt, sondern beruht auf der Erfüllung einer gesetzlichen Verpflichtung, und die ihm zukommenden Gebührnisse, wie Sold, Verpflegung und Wohnung, tragen nicht den Charakter eines Entgelts für die Leistungen des Soldaten, wie sie ja auch nicht freier Vereinbarung unterliegen.

Digitized by Google

B. Zur Unfallversicherung.

Wenn die Berufsgenossenschaft gemäß § 94 Abs. 3 LUVG. beim Schiedsgericht Herabsetzung der Rente des Verletzten auf einen bestimmten Prozentsatz beantragt hat, so kann sie in der Rekursinstanz nicht Herabsetzung der Rente auf einen niedrigeren Prozentsatz verlangen.

Rekursentscheidung des **Badischen Landesversicherungsamts** vom 30. Januar 1913.

Der Landwirt H. bezog eine Unfallrente von 50%. Die Berufsgenossenschaft hat gemäß der angeführten Vorschrift beim Schiedsgericht Antrag auf Herabsetzung der Rente auf 35% gestellt. Das Schiedsgericht hat aber die Rente bloß auf 40% ermäßigt. Mit Rekurs hat dann die Berufsgenossenschaft Herabsetzung der Rente auf 30% beantragt. Das Landesversicherungsamt hat dem Antrage aber nur dahin stattgegeben, daß die Rente auf 35% gemindert wurde, und zwar mit folgender Begründung:

Eine Ermäßigung der Rente auf weniger als 35% war schon aus prozessualen Gründen nicht angängig. Die Berufsgenossenschaft hat beim Schiedsgericht Herabminderung der Rente nur auf 35% beantragt. Dieser Antrag bildete die unterste Grenze, bis zu welcher das Schiedsgericht zu Gunsten der Berufsgenossenschaft gehen durfte, da es dem Richter nicht gestattet ist, über die Anträge der Parteien hinauszugehen. Wenn also das Schiedsgericht die Rente auf 35% gemindert hätte, so wäre die Berufsgenossenschaft dadurch nicht beschwert gewesen: sie hätte alles erreicht, was sie verlangt hatte. Daraus folgt aber, daß sie im Wege des Rekurses eine Ermäßigung der Rente über 35% hinaus nicht erreichen kann. Denn soweit sie nicht beschwert ist, steht ihr auch das Rechtsmittel des Rekurses, das eine Beschwerde voraussetzt, nicht zu.

(Zeitschr. f. bad. Verw.)

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Landesversicherungsanstalt kann gegen eine Entscheidung des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung, durch die lediglich der Gegner beschwert ist, Revision einlegen.

Rev.-Entsch. des **Badischen Landesversicherungsamts** vom 12. Dezember 1912.

Es mag der Landesversicherungsanstalt zuzugeben sein, daß der § 1291 RVO. (vgl. Art. 71 Abs. 3 Einf.-Ges. z. RVO.) zu Ungunsten des Revisionsbeklagten vom Schiedsgericht berücksichtigt worden ist. Da aber die Anstalt hierdurch nicht beschwert ist, so besitzt sie auch nicht das Recht zur Ergreifung eines Rechtsmittels. Eine Bestimmung des Inhalts, daß die Landesversicherungsanstalt auch zu Gunsten des Gegners Revision einlegen kann, findet sich in der Reichsversicherungsordnung nicht und ist ihren Vorschriften auch nicht mittelbar zu entnehmen. Insbesondere trifft der Grund, der dazu geführt hat, in der Strafprozeßordnung der Staatsanwaltschaft das Recht zur Einlegung von Rechtsmitteln zu Gunsten des Angeklagten zu gewähren, hier nicht zu. Denn die Stellung der Landesversicherungsanstalt ist nicht mit der der Staatsanwaltschaft zu vergleichen, und außerdem handelt es sich hier lediglich um Geldinteressen, deren Wahrnehmung man füglich den Interessenten selbst überlassen kann (wie dies im Zivilprozeß der Fall ist), während im Strafprozeß unvergleichlich wichtigere Güter in Frage stehen. (In gleichem Sinne Rosin, Bd. 2 S. 830.) Überdies will aber die Landesversicherungsanstalt gar nicht zu Gunsten des Gegners Revision einlegen. Sie will vielmehr den Umstand, daß das Schiedsgericht das bestehende Recht zu Ungunsten des Gegners nicht richtig angewendet hat, dazu verwerten, die Aufhebung der schiedsgerichtlichen Entscheidung und die Abweisung des Gegners mit seinem Anspruch, also eine diesem nachteilige Entscheidung herbeizuführen.

Dies ist natürlich nicht angängig.

(Zeitschr. f. bad. Verw.)

(Sp.) **Oertliche Zuständigkeit des Versicherungsamts zur Entgegennahme des Antrags auf Bewilligung einer Hinterbliebenenrente.**

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 13. März 1912.

Nach § 1614 RVO. finden für die Hinterbliebenenversicherung hinsichtlich der Zuständigkeit des Versicherungsamts die §§ 1637—1640 a. a. O. entsprechende Anwendung.

Damit entsteht die Frage, ob der Wohnort des Verstorbenen oder des Antragstellers die Zuständigkeit des Versicherungsamts begründet. Die Entscheidung hängt davon ab, ob man unter dem „Versicherten" im Sinne der §§ 1637, 1638 auch den zum Anspruch auf Hinterbliebenenrente Berechtigten verstehen kann. Dies geht aber nicht an, da der Ausdruck „Versicherter", welcher wiederholt im Gesetze vorkommt, immer nur von demjenigen gebraucht wird, in dessen Person ein Ver-

Digitized by Google

sicherungsverhältnis zur Entstehung gelangt. Daraus folgt, daß die Hinterbliebenen nicht als „Versicherte" zu betrachten sind. Infolgedessen ist der letzte Wohn- oder Beschäftigungsort des Verstorbenen maßgebend.

Mit dieser Auffassung stimmt auch überein, daß das Gesetz in besonderen Fällen (§ 1615 RVO.) abweichend von der allgemeinen Regelung die Zuständigkeit desjenigen Versicherungsamtes vorschreibt, in dessen Bezirk der „Berechtigte" wohnt. Einer solchen Vorschrift hätte es nicht bedurft, wenn das Versicherungsamt des Wohnortes des „Berechtigten" stets zuständig wäre.

Zu dem gleichen Ergebnis gelangt man auch um deswillen, weil bei mehreren Berechtigten, die ihren Wohnort in den Bezirken verschiedener Versicherungsämter haben, Zweifel entstehen können, welches Versicherungsamt zuständig ist. Gerade um diese Zweifel zu beseitigen, hat der Gesetzgeber den letzten Wohn- oder Beschäftigungsort des Verstorbenen bestimmt (zu vgl. die Begründung zu § 1599 des Entw. RVO. S. 495).

Auch wesentliche Zweckmäßigkeitsgründe sprechen nicht gegen dieses Ergebnis. Zwar ist zuzugeben, daß den Berechtigten die Geltendmachung ihrer Ansprüche dadurch unter Umständen erschwert werden kann. Andrerseits ist aber darauf hinzuweisen, daß stets da, wo Tatsachen aus dem Leben des Verstorbenen festzustellen sind, das Versicherungsamt des letzten Wohn- oder Beschäftigungsortes das berufene ist. Dies wird in besonders erheblichem Umfange auf dem Gebiete der Unfallversicherung der Fall sein.

Da aber für Unfall- und Hinterbliebenenversicherung die gleichen Vorschriften (§§ 1572, 1592, 1614, 1637 ff. RVO.) anzuwenden sind, so verdient auch aus diesem Grunde die Meinung den Vorzug, daß der letzte Wohn- oder Beschäftigungsort des Verstorbenen für die Zuständigkeit des Versicherungsamts maßgebend ist.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht der Angestellten der Handelsvertretungen und Handwerkskammern (§§ 9—13 AVG.).

Erlaß des **Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** v. 31. März 1913 nebst **Beschlüssen des Bundesrats** v. 20. Febr. und 13. März 1913 (HMBl. S. 255)[1]).

Unter dem 20. Februar und 13. März d. Js. hat der Bundesrat nachstehende Beschlüsse gefaßt:

I. Die §§ 9, 10 Nr. 1, §§ 11—13 AVG. gelten mit Wirkung v. 1. Januar 1913 ab für

1. die im Dienste der amtlichen preußischen Handelsvertretungen — der Handelskammern und der im § 44 des Gesetzes über die Handelskammern v. 24. Februar 1870/19. August 1887 aufgeführten kaufmännischen Korporationen — Beschäftigten, für welche die Befreiung beantragt wird, wenn ihnen mindestens die im § 9 bezeichneten Anwartschaften gewährleistet sind oder sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden,
2. Personen, denen auf Grund früherer Beschäftigung bei den amtlichen preußischen Handelsvertretungen Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage nach den Sätzen der vom Bundesrate festgesetzten Gehaltsklasse (§ 9) bewilligt sind und daneben eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge (§ 9) gewährleistet ist, sofern für sie die Befreiung beantragt wird.

II. Die §§ 9, 10 Nr. 1, §§ 11—13 AVG. gelten mit Wirkung v. 1. Januar d. Js. ab für

1. die in Betrieben oder im Dienste der preußischen Handwerkskammern Beschäftigten, für welche die Befreiung beantragt wird, wenn ihnen mindestens die im § 9 bezeichneten Anwartschaften gewährleistet sind oder sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden,
2. Personen, denen auf Grund früherer Beschäftigung bei den preußischen Handwerkskammern Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage nach den Sätzen der vom Bundesrat festgesetzten Gehaltsklasse (§ 9) bewilligt sind und daneben eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge (§ 9) gewährleistet ist, sofern für sie die Befreiuug beantragt ist.

Unter Bezugnahme auf diese Beschlüsse übertrage ich gemäß § 320 a. a. O. die nach § 9 Abs. 3 zu treffenden Entscheidungen, ob für die im Dienste oder in Betrieben der Handwerkskammern und amtlichen Handelsvertretungen (Handelskammern und kaufmännische Korporationen im Sinne des § 44 des Handelskammergesetzes) Beschäftigten die Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente als gewährleistet anzusehen ist, hinsichtlich der Handwerkskammern den Aufsichtsbehörden, hinsichtlich der Handelsvertretungen demjenigen Regierungspräsidenten, in dessen Bezirk die Handelsvertretung ihren Sitz hat. Jedoch sind die Entscheidungen hinsichtlich der Handelskammer in Berlin und der Korporation der Aeltesten der Kaufmannschaft in Berlin durch den Oberpräsidenten der Provinz

[1]) Die Ausführungen des Ministers über die Frage, wann eine Anwartschaft im Sinne der bezeichneten Vorschriften als gewährleistet anzusehen ist, sind von allgemeinerer Bedeutung. (Anm. der Redaktion.)

Digitized by Google

Brandenburg, diejenige hinsichtlich der Potsdamer Handelskammer, Sitz Berlin, durch den Regierungspräsidenten in Potsdam zu treffen.

Die Entscheidungen haben unter Ausschluß der im Zweifelsfalle nach § 210 a. a. O. zu entscheidenden Frage, ob die Voraussetzungen der Versicherungspflicht gemäß den §§ 1 und 2 vorliegen, die Befreiung von der Versicherungspflicht von der Feststellung abhängig zu machen, ob dem betreffenden Angestellten Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenrente im Mindestmaße der vom Bundesrate in seinem Beschlusse vom 29. Juni 1912 (RGBl. S. 405) bezeichneten Höhe gewährleistet ist[1]).

Voraussetzung einer solchen Gewährleistung ist, daß die Beziehungen zwischen dem Arbeitgeber und dem Angestellten durch einen Anstellungsvertrag, durch eine Anstellungsurkunde, durch Statut, Geschäftsordnung, Gehaltsordnung oder dgl. geregelt sind. Dabei ist es gleichgültig, ob dem betreffenden Angestellten die Eigenschaft eines mittelbaren Staatsbeamten zusteht oder nicht.

In Fällen, in denen eine endgültige Anstellung nicht erfolgt ist, ihre Erlangung vielmehr nach den bestehenden Verwaltungsgrundsätzen erst auf Grund eines allgemein üblichen Uebergangsstadiums, oder nach Zurücklegung einer bestimmten Dienstzeit in Frage kommt, sind die Bestimmungen unter Nr. 26 der Anleitung des Reichsversicherungsamts v. 26. April 1912 — Beil. z. Nr. 12 des Ministerblatts der Handels- und Gewerbeverwaltung von 1912 — anzuwenden.

Die Möglichkeit des Arbeitgebers, dem Angestellten die Stelle zu kündigen, ist bei der Entscheidung, ob die Anwartschaften gewährleistet sind oder nicht, von Fall zu Fall zu beurteilen. Wo die Kündbarkeit erst nach einer bestimmten Reihe von Jahren eintritt, im Falle der Kündigung aber — ähnlich wie bei Kommunalbeamten — eine bestimmte Pension bzw. Hinterbliebenenrente gewährt wird, kann die Anwartschaft als gewährleistet angesehen werden. Umgekehrt kommt eine Befreiung von der Versicherungspflicht jedenfalls dann nicht in Frage, wenn die Arbeitgeberin dem Angestellten jederzeit, ohne daß diesem dann noch ein Anspruch auf Pension oder Hinterbliebenenrente zustände, kündigen kann, es sei denn, daß eine solche Kündigungsbefugnis der Arbeitgeberin an bestimmte erschwerende Bedingungen geknüpft ist. Als solche Bedingungen, die auch in Fällen der vorgesehenen Kündigung eine Befreiung des Angestellten rechtfertigen können, werden namentlich Vorschriften des Inhalts zu gelten haben, daß die Kündigung nur aus wichtigen Gründen im Sinne des § 626 BGB. erfolgen darf. Wesentlich wird bei einer solchen Bestimmung auch sein, daß dem Angestellten die Möglichkeit offen gelassen ist, die Frage, ob ein Kündigungsgrund vorliegt, zur Entscheidung einer unbeteiligten Instanz, z. B. des ordentlichen Richters, eines Schiedsgerichts, des Gesamtvorstandes oder der Plenarversammlung der betreffenden Korporation zu bringen.

Bezüglich der Frage, ob die Anwartschaft gewährleistet ist, wenn das Ruhegehalt bzw. die Hinterbliebenenrente nicht unmittelbar von der Anstellungsbehörde zu leisten ist, verweise ich zunächst auf die Darlegungen im Abs. 6 Nr. 26 der angezogenen Anleitung vom 26. April 1912. Werden die Gebührnisse aus einer Pensionskasse gewährt, deren Leistungen durch die Handels- oder Handwerkskammer selbst oder eine andere Korporation des öffentlichen Rechts sichergestellt sind, so kann die Befreiung eintreten. Das gleiche ist der Fall, wenn die Leistungen zwar von einer privaten Versicherungsunternehmung auf Grund eines mit ihr geschlossenen Vertrags gewährt werden sollen, die Handelsvertretung bzw. Handwerkskammer selbst aber neben der Versicherungsunternehmung für die Erfüllung der in Betracht kommenden Leistungen haftet. Dagegen kann eine Befreiung auf Grund des § 14 AVG. nicht eintreten, wenn ein Versicherungsvertrag von dem Angestellten oder von der Korporation mit einer privaten Versicherungsunternehmung des Inhalts abgeschlossen ist, daß dem Angestellten bei Beendigung seines Dienstverhältnisses ein Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenrente lediglich gegenüber dieser Versicherungsanstalt zusteht. In solchen Fällen kann die Befreiung des Angestellten nur auf dessen eigenen Antrag auf Grund der §§ 390 ff. a. a. O. und in dem daselbst vorgesehenen Verfahren erfolgen.

Die Frage, ob die Höhe der dem Angestellten zugesicherten Leistungen eine Befreiung von der Versicherungspflicht rechtfertigt, ist in jedem einzelnen Falle an der Hand des Bundesratsbeschlusses vom 29. Juni 1912 (RGBl. S. 495) zu prüfen. Eine solche Prüfung erübrigt sich, wenn dem im Dienste oder in Betrieben der Handwerkskammer oder Handelsvertretung Beschäftigten eine Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenbezüge nach den für die preußischen unmittelbaren Staatsbeamten geltenden öffentlich-rechtlichen Grundsätzen zusteht.

Ich ersuche, unter Anwendung dieser Grundsätze nach Lage des Einzelfalls Entscheidung zu treffen. Ich bemerke, daß die Voraussetzung einer Befreiung

[1]) Nach dem bezeichneten Beschlusse des Bundesrats muß den in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Bundesstaats, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, oder eines Trägers der reichsgesetzlichen Arbeiter- oder Angestelltenversicherung Beschäftigten, ferner den Geistlichen der als öffentlich-rechtliche Korporationen anerkannten Religionsgemeinschaften sowie den Lehrern und Erziehern an öffentlichen Schulen oder Anstalten Anwartschaft im Mindestbetrage nach derjenigen Gehaltsklasse (§ 16) gewährleistet sein, „welche ihrem tatsächlichen Stelleneinkommen zu der Zeit entspricht, zu der die Entscheidung nach § 9 Abs. 3 wirksam wird". (Anm. der Redaktion.)

Digitized by Google

auf Grund des § 14 ein Antrag der betreffenden Korporation als der Arbeitgeberin ist. Bisher haben nur einige Handels- und Handwerkskammern einen Antrag gestellt, und diese zum Teil auch nur für einzelne ihrer Angestellten. Durch die Fassung der Bundesratsbeschlüsse ist es auch den übrigen amtlichen Handels- und Handwerksvertretungen ermöglicht, nachträglich einen solchen Antrag zu stellen, ohne daß eine erneute Beschlußfassung des Bundesrats einzutreten hätte. Hiernach werden die Grundsätze der Bundesratsbeschlüsse auf alle diejenigen Handwerks- und Handelsvertretungen Anwendung finden können, die einen entsprechenden Antrag bei Ihnen stellen. Einer Vorlage dieser Anträge bei mir bedarf es nicht.

Die in Betracht kommenden Korporationen werden ihre Anträge mit möglichster Beschleunigung zu stellen haben, damit nicht unnötigerweise Versicherungsbeiträge für ihre Angestellten zu entrichten sind. Und ebenso darf ich an Sie das Ersuchen richten, die in Betracht kommenden Entscheidungen mit tunlichster Beschleunigung zu treffen.

Sollten einzelne Korporationen den Wunsch haben, ihre Anstellungsbedingungen oder -Vorschriften so zu ändern oder zu ergänzen, daß nach den obigen Grundsätzen und Ihrer Auffassung eine Befreiung der Angestellten von der Versicherungspflicht eintreten kann, so ist ihren Absichten möglichstes Entgegenkommen zu gewähren.

Bezüglich derjenigen Angestellten der Handwerks- und Handelsvertretungen, die als Lehrer an den von den Korporationen unterhaltenen Schulen oder Meisterkursen unter § 9 Abs. 2 des Gesetzes fallen, gilt der Erlaß vom 18. November 1912 (HMBl. S. 561) u. Ziff. IV. des Erlasses vom 25. Januar 1913 (HMBl. S. 83).

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Abkommen zwischen dem Deutschen Reich und Italien über Arbeiterversicherung.

In Art. 2a des Zusatzvertrages vom 3. Dezember 1904 zum deutsch-italienischen Handelsvertrage vom 6. Dezember 1891 ist eine besondere Regelung für das Gebiet der Arbeiterversicherung vorbehalten. Das Abkommen hierüber ist am 31. Juli 1912 unterzeichnet und am 25. März 1913 von den Vertragschließenden ratifiziert worden. Es ist am 1. April 1913 in Kraft getreten. Zu vgl. RGBl. S. 171, 181.

Soweit sich das Abkommen auf die Unfallversicherung bezieht, bestimmt es für das Gebiet der deutschen Gewerbeunfallversicherung und der deutschen Seeunfallversicherung einerseits und das Gebiet der italienischen Unfallversicherung andererseits die Gleichstellung der Angehörigen des einen Landes und deren Hinterbliebener mit denen des anderen Landes, unbeschadet der Möglichkeit einer Kapitalabfindung, wie sie in Deutschland unter gewissen Voraussetzungen gesetzlich vorgesehen ist. Für die Berechnung der an die Stelle der deutschen Unfallrenten tretenden Abfindungen ist der Bundesratsbeschluß vom 21. Dezember vorigen Jahres maßgebend, der die Bemessung von Kapitalabfindungen einheitlich für In- und Ausländer regelt.

Auf dem Gebiet der Invalidenversicherung hatte die italienische Regierung geltend gemacht, daß die in Deutschland beschäftigten italienischen Arbeiter zwar gezwungen sind, ihren Anteil an den Beiträgen zu entrichten, aber infolge der Vorschriften über die Wartezeit und über den Verlust der Anwartschaft im allgemeinen geringe Aussicht haben, in den Besitz der Leistungen aus der Reichsversicherungsordnung zu gelangen. Diesem Zustande ist in dem Abkommen abgeholfen worden. Es soll nämlich den in Deutschland beschäftigten und demgemäß der Beitragsleistung unterliegenden Italienern, die gleichzeitig bei der italienischen allgemeinen Invaliden- und Altersversicherungskasse (Cassa Nazionale di Previdenza) oder bei den in Italien für Angehörige der Handelsmarine bestehenden besonderen Invalidenkassen eingeschrieben sind, das Recht zustehen, die Überweisung des von ihnen zu entrichtenden Teiles, also der Hälfte der für sie in Deutschland zur Verwendung gelangenden Beiträge an die Cassa Nationale als Einzahlung für die italienische Kasse zu beantragen. Der Überweisungsantrag hat zur Folge, daß die Ansprüche aus der Beitragsleistung zur deutschen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung hinfällig werden. Den deutschen Versicherungsträgern wird daher in solchen Fällen die auf den Anteil der Unternehmer entfallende Hälfte der Beiträge zugute kommen, ohne daß sie ihrerseits eine Leistung aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu bewirken haben (Art. 3). Andererseits hat die italienische Regierung zugestanden, daß die in Italien beschäftigten deutschen Arbeiter die Mitgliedschaft bei der bisher den Italienern vorbehaltenen Cassa Nazionale di Previdenza erwerben können, und daß die Leistungen der italienischen Marinekassen, die bisher ihrem überwiegenden Teile nach nur den Inländern zukamen, den zur Besatzung eines italienischen Seefahrzeuges gehörenden Deutschen in gleichem Umfange wie den Italienern gewährt werden. (Art. 6 bis 8, 10, 11).

Zur Ausführung des vorerwähnten Art. 3 des Abkommens hat der Reichskanzler laut Bekanntmachung v. 31. März 1913 (Nr. 77 des Deutsch. Reichsanz.) folgendes bestimmt:

A. Für Versicherte bei Landesversicherungsanstalten.

1. Der Ueberweisungsantrag ist an die Landesversicherungsanstalt zu richten, in deren Bezirk der Antragsteller wohnt oder beschäftigt ist. Sind hiernach mehrere Landesversicherungsanstalten zuständig, so gebührt der zuerst angegangenen der Vorzug. Der Antrag kann rechtswirksam bei einem Versicherungsamt oder einer gemäß § 111 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsversicherungsordnung von der obersten Verwaltungsbehörde hierzu bestellten Gemeindebehörde angebracht werden.

2. Dem Antrag sind beizufügen:

Digitized by Google

a) eine nur in deutscher oder in deutscher und italienischer Sprache abgefaßte Bescheinigung der Königlich italienischen Botschaft in Berlin oder eines italienischen Konsulats in Deutschland über die Zugehörigkeit des Antragstellers zur Cassa Nazionale di Previdenza per la invalidità e per la vecchiaia degli operai oder zur Cassa Invalidi della Marina Mercantile und über seine italienische Staatsangehörigkeit;

b) die im Besitze des Antragstellers befindlichen Quittungskarten und Aufrechnungsbescheinigungen, sowie Mitglieds- und Austrittsbescheinigungen von Sonderanstalten.

3. Die für die Antragstellung zuständige Landesversicherungsanstalt trägt in ein für die Ursprungsanstalt bestimmtes Merkblatt von der Größe der Quittungskarte die Angaben über die Person des Antragstellers, dessen Kassenzugehörigkeit, den Tag des Eingangs des Antrags bei der Versicherungsanstalt oder bei der gemäß Nr. 1 Satz 3 zuständigen Amtsstelle und das Aktenzeichen ein. Wird der Versicherungsanstalt bei Stellung des Antrags bekannt, daß der Antragsteller früher Mitglied einer Sonderanstalt war, so ist diese zu benachrichtigen. Sodann wird gegebenenfalls nach Aufrechnung der bisherigen Quittungskarte eine neue Quittungskarte mit fortlaufender Nummer ausgestellt und dem Antragsteller zugesandt. In diese werden alle Marken eingeklebt, die nach dem Tage der Antragsstellung verwendet werden. Auf der Außenseite ist links von dem Worte „Quittungskarte" handschriftlich oder mittels Farbstempels in blauer Farbe augenfällig die Bezeichnung: „Ital." anzubringen. Rechts von dem Worte „Quittungskarte" ist in gleicher Weise zu vermerken: „Ueberweisungsantrag gestellt am ....." „Aktenz.....". Handelt es sich um die Cassa Invalidi della Marina Mercantile, so ist diese namentlich zu bezeichnen.

Gleiche Vermerke sind in der gleichen Weise von den Quittungskartenausgabestellen auf die späteren Quittungskarten und auf die Aufrechnungsbescheinigungen zu setzen.

4. Bei Streitigkeiten zwischen der Landesversicherungsanstalt und dem Antragsteller entscheidet das gemäß §§ 1637 ff. der Reichsversicherungsordnung zuständige Versicherungsamt. Gegen dessen Entscheidung ist Beschwerde an das Oberversicherungsamt zulässig §§ 1791, 1792, 1799 der Reichsversicherungsordnung).

5. Die Ursprungsanstalt berechnet alljährlich auf Grund der bis zum 31. Dezember des abgelaufenen Kalenderjahres bei ihr eingegangenen Quittungskarten, welche Beträge für die einzelnen Italiener abzuführen sind. Sie übersendet die Summe auf Kosten und Gefahr der Cassa Nazionale di Previdenza an die von ihr bezeichnete inländische Zahlstelle unter Beifügung einer Liste, aus welcher der Name des Versicherten, seine italienische Kassenzugehörigkeit und der Betrag, der für den einzelnen Versicherten überführt wird, zu ersehen sind. Gleichzeitig ist von der Ursprungsanstalt der Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts mitzuteilen, welche Beträge abgeführt sind und wie sie sich auf die Landesversicherungsanstalten verteilen.

B. Für Mitglieder von Sonderanstalten.

6. Die vorstehenden Bestimmungen gelten mit den in Nr. 7 bis 10 bezeichneten Aenderungen entsprechend für Mitglieder von Sonderanstalten.

7. Der Antrag ist an den Vorstand der Sonderanstalt zu richten. Die Rechtswirksamkeit beginnt mit dem Eingang des Antrags beim Vorstand.

8. Wird ein Merkblatt nicht ausgefertigt, so sind die in Nr. 3 bezeichneten Angaben in anderer geeigneter Form aktenkundig zu machen. War der Antragsteller früher bei anderen Versicherungsträgern versichert, so sind die Ursprungsanstalt und beteiligte Sonderanstalten von der Antragstellung zu benachrichtigen.

9. Ist der Antrag erstmalig bei einer Sonderanstalt gestellt oder tritt ein Versicherter, der den Antrag bereits früher bei einer Landesversicherungsanstalt oder einer anderen Sonderanstalt gestellt hatte, einer Sonderanstalt bei, so hat diese alljährlich die Hälfte der bis zum 31. Dezember des abgelaufenen Kalenderjahrs an sie gezahlten Beiträge unmittelbar an die Zahlstelle (Nr. 5) abzuführen. Für Mitglieder der Invaliden-, Witwen- und Waisenversicherungskasse der Seeberufsgenossenschaft (Seekasse) bezieht sich die Verpflichtung auf diejenigen Beiträge, welche der Seekasse bis zum Schlusse des Jahres bekannt geworden sind.

Beim Ausscheiden des Mitglieds ist auf der Mitglieds- und der Austrittsbescheinigung ein Vermerk des in Nr. 3 Abs. 1 Satz 5 bis 7 bezeichneten Inhalts anzubringen.

10. Bei Streitigkeiten zwischen einer Sonderanstalt und dem Antragsteller entscheidet die zuständige Aufsichtsbehörde endgültig.

Hygienische und soziale Bedeutung der Angestelltenversicherung.

Der Landtagsabgeordnete, Sanitätsrat Dr. Mugdan, dessen übersichtliche Darlegung des Inhalts des Angestelltenversicherungsgesetzes wir in Nr. 11 gebracht haben, hat in einem anderen Vortrage (in der Gesellschaft für soziale Medizin, vgl. Nr. 6 der „Medizinischen Reform") auch die hygienische nnd soziale Bedeutung dieses neuen Versicherungszweigs ausführlich erörtert. Wir heben aus den interessanten Ausführungen nur folgendes heraus, was besonders die soziale Bedeutung anbetrifft: Einstweilen sei das Gesetz sehr unbeliebt; dies sei nicht merkwürdig. „Denn ein Gesetz, das große Beiträge verlangt, ist immer unbeliebt, und dieses Gesetz besonders, weil ja alle Angestellten, die ein Lebensalter zwischen 35 und 40 Jahren haben, nicht viel Aussichten haben, in den Genuß der Leistungen dieses Gesetzes zu kommen, und nur dann, wenn sie ein sehr hohes Alter erreichen, hoffen können, ein einigermaßen genügendes Ruhegeld zu erhalten.

Man macht diesem Gesetze aber, wie überhaupt unserer Arbeiterversicherung, den Vorwurf ,daß es die Versicherten entwöhne, für sich selbst zu sorgen, und es wird auch behauptet, daß diese Gesetze denjenigen, für die sie gemacht seien, den so unentbehrlichen Sparsinn nähme. Das ist ein großer Irrtum! Was ist denn eigentlich die volkswirtschaftliche Bedeutung des Beitrages, den der Arbeitgeber und Arbeitnehmer bezahlt? Natürlich ist es ganz falsch, wenn aus politischen Gründen von gewissen Personen diese Beiträge zur reichsgesetzlichen Versicherung zu den Steuern gezählt werden. Die Arbeitgeberbeiträge sind nichts anderes als ein Teil des Gehalts, den der Angestellte bekommt, und die Arbeitnehmerbeiträge bedeuten nichts anderes, als durch Gesetz erzwungene Ersparnisse des Arbeitnehmers, durch die er sich Ansprüche ähnlich wie ein Beamter erwirbt. Das Gehalt eines öffentlichen Beamten erschöpft sich auch nicht mit der Summe, die der Beamte an seinem Gehaltstage für seine Dienste erhält, sondern es wird noch durch diejenigen Summen ergänzt, die der Beamte erhält, wenn er pensioniert wird oder die die Hinterbliebenen des Beamten nach seinem Tode erhalten; die Pension ist nicht eine Wohltat, die der Staat oder die Stadt dem Beamten erweist, sondern ein Teil des Gehaltes, das der Beamte sich verdient hat, ein Teil, den er oder seine Hinterbliebenen zu einem bestimmten Zeitpunkte erhalten. Und wenn nun hier der Arbeitgeber gezwungen wird, außer dem Gehalt, das er bisher seinen Angestellten gegeben hat, noch 4% an die Reichsversiche-

Digitized by Google

rungsanstalt abzuführen, so ist das keine Steuer für den Arbeitgeber, sondern der Staat zwingt den Arbeitgeber, das Gehalt um diese 4% zu erhöhen. Und wenn der Angestellte von seinem Gehalt 4% abgibt, so heißt dies nichts anderes, als daß der Betreffende vom Staate gezwungen wird, 4% seines Gehalts zu ersparen. Es wird durch die Reichsversicherung nicht nur der Sparsinn in der Bevölkerung ertötet, sondern, richtig aufgefaßt, wird der Sparsinn gesetzlich erhöht. Und daß ich mit dieser Behauptung nicht unrecht habe, beweist die Tatsache, daß, nachdem mehr als 25 Jahre seit Einführung der Arbeiterversicherung vergangen sind, in Deutschland eine mächtige Bewegung auftritt, die Arbeiterversicherung durch Privatversicherung noch zu ergänzen. Der Sparsinn der Bevölkerung ist durch die Arbeiterversicherung so wenig ertötet worden, daß vielmehr gerade in den letzten Jahren alle möglichen Kreise, vom Arbeiter bis zu den höchsten Klassen der Gesellschaft, damit beschäftigt sind, die freiwillige Versicherung den arbeitenden Klassen und dem Mittelstande der Bevölkerung zu erleichtern. Und während früher auf den internationalen Kongressen als beste Art der Volksversicherung vom Auslande die freiwillige Versicherung, von uns Deutschen aber die Zwangsversicherung hingestellt wurde, sind jetzt die Vertreter der anderen Nationen davon überzeugt, daß schon die Zwangsversicherung allein eine ausreichende Fürsorge der breiten Klassen der Bevölkerung herbeiführen könne, während uns die Erfahrungen von 25 Jahren gelehrt haben, daß zu der Zwangsversicherung die freiwillige Versicherung hinzukommen müsse.

Dabei möchte ich mir eine Bemerkung erlauben, zu der ich durch Vorgänge der letzten Zeit veranlaßt worden bin. Irgendeine Korporation, ich glaube der Deutsche Handelstag, hat sich dagegen ausgesprochen, daß die Arbeitgeber den Beitrag des Angestellten zur Angestelltenversicherung allein bezahlen, ohne den Angestellten seinen Beitragsteil abzuziehen. Das haben viele sozialpolitisch-freundliche Kreise dem Handelstag außerordentlich übelgenommen; man hat ihn unsozial und angestelltenfeindlich genannt. Ich glaube, es ist ja auch in Berlin und auch anderswo Sitte, daß man Dienstmädchen ihren Beitragsteil zur Invalidenversicherung nicht vom Lohne abzieht. Ob das erzieherisch richtig ist, ist fraglich. Denn wenn der Arbeitgeber den Beitrag, den der Versicherte bezahlen soll, ohne weiteres bezahlt, dann verliert der Versicherte das Bewußtsein, daß er selbst es sein soll, der durch seine Ersparnisse seine eigene Versicherung ermöglicht. Der Arbeitgeber, der in der Reichsversicherung den gesamten Beitrag zahlt, müßte dem Versicherten bei der Gehaltszahlung sagen, daß das Gehalt um den von dem Arbeitgeber übernommenen Beitragsteil höher sei, als wie es bei der Gehaltszahlung scheine. Vielleicht haben diejenigen nicht unrecht, die verlangen, daß der Arbeitnehmer seinen Beitragsteil zur Reichsversicherung selbst tragen müsse, sonst würde die Versicherung einen großen Teil ihres erzieherischen Zweckes verlieren und würde zu einer Art Armenfürsorge.

Man macht der sozialpolitischen Gesetzgebung, auch der Angestelltenversicherung den andern Vorwurf, daß sie die Versicherten verweichliche, so daß sie nicht mehr wissen, daß man im Leben nur durch Kampf vorwärts komme, ein Vorwurf, der auch in einer jetzt vielgenannten Broschüre eines hiesigen Professors, die von einigen gelobt, von andern schwer getadelt wird, zum Ausdruck kommt. Etwas Richtiges mag an diesem Vorwurf sein! Mehr und mehr hat der Gedanke Platz gegriffen, daß der Kampf um die Existenz etwas sei, was überhaupt des Menschen unwürdig wäre. Aber der Gedanke ist nicht aufgetaucht infolge der Arbeiterversicherung, sondern umgekehrt, er hat sie veranlaßt, und wer wollte leugnen, daß, je mehr die Menschheit fortschreitet, auch der wirtschaftliche Kampf ums Dasein an Grausamkeit und Härte verlieren muß. Unsere Reichsversicherung ist nur der Ausdruck der modernen Anschauung; wir sehen nicht mehr, wie in der Renaissancezeit, in der Entfaltung der rücksichtslosten Kraft, im Herrenmenschentum das höchste; vielleicht wird das Leben dadurch etwas langweiliger, denn die Herrenmenschen sind interessante Persönlichkeiten, aber für die große Menschheit wird dadurch, daß man den Kampf um die Existenz beschränkt, das Leben ungleich sorgenfreier und besser."

Weiterhin wird dargelegt, daß das Gesetz den Angestellten die Eheschließung zu erleichtern und die Sorge, zuviel Kinder zu erzeugen, zu mindern geeignet sei. So sei zu hoffen, daß es auch dem Geburtenrückgang, von dem jetzt so viel gesprochen wird, entgegenwirken werde. Es werde ferner das Einvernehmen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern durch die Notwendigkeit des Zusammenwirkens bei den neuen gesetzlichen Organisationen weiter gefördert werden und endlich auch zu einer weiteren „Politisierung" der Bevölkerung beitragen, indem es die Angestellten zwinge, sich mit öffentlichen Angelegenheiten zu beschäftigen, wenn sie als Beisitzer in den rechtsprechenden und verwaltenden Organisationen mitzuwirken haben. Ein Staat aber könne nur dann gut regiert werden, wenn die Bevölkerung an der Verwaltung, an der Regierung möglichsten Anteil nimmt.

Simulation, Rentensucht und Rentenhysterie.

Die Frage nach dem Umfang, den Ursachen und den Mitteln zur Bekämpfung dieser Erscheinungen beschäftigt bekanntlich seit geraumer Zeit lebhaft die Versicherungsträger, die Behörden und die Sozialpolitiker. Auch bei Beratungen, die am 4. April d. J. im Reichsversicherungsamt unter dem Vorsitz des Präsidenten Dr. Kaufmann mit Vertretern der Landesversicherungsämter, Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten stattfanden, wurde die Frage behandelt, in welchem Umfange die Landesversicherungsanstalten Fälle von Simulation oder krankhafter Rentensucht beobachtet haben. Auf Grund des Ergebnisses der Verhandlung stellte der Vorsitzende als einstimmige Ansicht der Anwesenden fest, daß Simulation, mag sie das Krankheitsbild ganz oder teilweise bestimmen, sehr selten auftrete. Das gleiche gelte von der Rentenkampfhysterie, die noch seltener beobachtet werde als auf dem Gebiete der Unfallversicherung. Wenn nun auch Anzeichen von krankhafter oder nicht krankhafter Uebertreibung festgestellt worden seien, so sei dies keine Eigentümlichkeit der Arbeiterversicherung, sondern eine allgemein menschliche Erscheinung, die zum Teil auch in den Zeitverhältnissen begründet sei.

Schon vorher hatte Präsident Dr. Kaufmann Veranlassung genommen, sich in ähnlichem Sinne zu äußern als er am 18. März in Dortmund an einer Besprechung der Westfälischen Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen teilnahm, wie wir einem Berichte des „Kompaß" entnehmen. An der Aussprache nahmen dort auch Aerzte teil. Allgemein wurden Fälle krankhafter Rentensucht (Rentenhysterie) als verhältnismäßig selten bezeichnet, dagegen wurde allerdings zugegeben, daß eine Reihe von außerhalb der Gesetzgebung liegenden Zuständen, wie Verhetzung, schlechte Ratgeber, Gewinnsucht zusammenwirken, um eine auf Verkennung der Absicht des Gesetzes beruhende Begehrlichkeit zu steigern. Besonders scheinen sich auch die Fälle zu mehren, in denen die Verletzten durch unlautere Mittel sich Renten zu sichern suchen. Es wurde eine Reihe von Abhilfevorschlägen gemacht, die Gegenstand weiterer Arbeiten sein werden. Der Präsident Dr. Kaufmann erkannte die Neuheit und Bedeutung zahlreicher Anregungen an und

Digitized by Google

nahm in Aussicht, zur weiteren Klärung und Durchführung der Vorschläge ein Zusammenwirken aller Beteiligten in die Wege zu leiten.

Er stellte mit Genugtuung fest, daß seine bisherige Auffassung über die geringe Verbreitung der krankhaften Rentensucht, der sogenannten Rentenhysterie, durch die umfangreichen, unter Mitwirkung der Aerzte vorgenommenen statistischen Erhebungen der Knappschafts-Berufsgenossenschaft eine Bestätigung gefunden hätten. Weit ernster sei die Frage der nicht krankhaften Begehrlichkeit der versicherten Arbeiter. Daß aber auch hier durch zielbewußtes Zusammenarbeiten aller Beteiligten, namentlich durch ein sofort einsetzendes wirksames Heilverfahren und durch strassere Handhabung der Gesetze vieles gebessert werden könne, hätten in der Aussprache Industrielle, Aerzte und Beamte mit erfreulicher Einmütigkeit festgestellt. Was in dieser Hinsicht bei den Arbeitern getadelt werde, seien leider in der Hauptsache allgemein menschliche, durch die staatliche und wirtschaftliche Entwicklung gesteigerte Erscheinungen. Nicht nur bei den Arbeitern bestehe eine gewisse Neigung, staatliche Fürsorgeeinrichtungen mit allen, auch unredlichen Mitteln für sich nutzbar zu machen und in allen Notlagen des Lebens den Staat als rettende Hilfe zu betrachten. Diese Neigung wachse, je tiefer die Staatsgewalt in die gesamten Lebensinteressen eingreife und je fühlbarer für den einzelnen ihre Maßnahmen würden. Der in langer Friedenszeit stark vermehrte Reichtum habe die Nation nicht unberührt gelassen. Das oft fieberhafte neuzeitliche Erwerbsleben mit seinen Kämpfen und Aufregungen, das ungezügelte Jagen und Hasten nach Gewinn und Genuß reibe die Menschen stärker auf als früher. Schwindendes Selbstvertrauen und zunehmende Verweichlichung auf der einen, skrupellose Gewinnsucht auf der andern Seite seien Zeichen unserer Zeit. Kein Wunder, daß auch die Arbeiterschaft nicht frei davon geblieben sei. Nichts aber könne dieser alle Volkskreise erfassenden „Schlappheit" besser entgegenwirken als stramme Zucht.

Von diesen gewiß einwandfreien Prämissen aus gelangte Dr. Kaufmann schließlich unter lebhafter Zustimmung der ansehnlichen Versammlung zur freudigen Begrüßung eines Heilmittels, nämlich — — der geplanten Heeresverstärkung, der wirklichen Durchführung der allgemeinen Wehrpflicht, von der eine Schärfung des Gefühls der Verantwortlichkeit gegenüber der Gesamtheit, eine Hebung des Pflichtbewußtseins, die geistige Gesundung des Volkes zu erhoffen sei.

Zum Begriff der Fahrzeug- und Reittierhaltung.

Die am 1. Januar 1913 ins Leben getretene neue Berufsgenossenschaft umfaßt satzungsmäßig alle Tätigkeiten beim nicht gewerbsmäßigen Halten von Fahrzeugen und Reittieren (§ 537 Abs. 1 Ziff. 6 und 7 RVO.). In einer Abhandlung über die Zuständigkeit der neuen Berufsgenossenschaft erörtert Dr. Sitzler (Berlin; s. „Berufsgenossenschaft" 1913 Nr. 7) auch den hier in Betracht kommenden, in mancher Hinsicht nicht zweifelsfreien Unternehmerbegriff und führt hierüber u. a. folgendes aus: „Unternehmer der Fahrzeug- oder Reittierhaltung ist derjenige, welcher das Fahrzeug hält (§ 633 Abs. 2 Nr. 2 RVO.). Das entspricht, wie die Begründung zu einer Reichsversicherungsordnung (S. 278 ff.) ausführt, der Erwägung, das derjenige, welcher wirtschaftlich den Nutzen von dem Tier oder Fahrzeug hat, auch die damit verbundene Gefahr tragen soll. Die wirtschaftlichen Verhältnisse und die Auffassung des Lebens müssen also maßgebend sein, um die Frage zu beantworten, wer das Tier oder Fahrzeug „hält". Bei der Anwendung dieses Begriffs wird sich die Rechtsprechung an die Auslegung anlehnen dürfen, die sich auf dem Gebiete des bürgerlichen Rechts für den Begriff „Tierhalter" ausgebildet hat. Danach gilt als Halter eines Fahrzeugs oder Reittiers die Person, die im eigenen Interesse die Sorge für das Fahrzeug oder Reittier übernommen hat, und zwar nicht bloß zu einem vorübergehenden Zwecke, sondern für einen Zeitraum von gewisser Dauer (zu vgl. Entscheidung des Reichsgerichts vom 3. Juli 1902, 3. Juli 1903 und 11. April 1907; Entscheidung in Zivilsachen Bd. 52 S. 117, Bd. 56 S. 163 und Bd. 66 S. 1). Bei dieser Auffassung werden Fälle ausgeschieden, wie sie das Bauunfallversicherungsgesetz für Regiebauarbeiten, deren Dauer sechs Arbeitstage nicht überschreitet, vorgesehen hat (zu vgl. § 23b BUVG., § 798 Nr. 2 RVO.), denn nach der erwähnten Begriffsbestimmung wird von einem „Halten" des Fahrzeugs oder Reittiers in der Regel nicht die Rede sein können, wenn dieses die Dauer von sechs Tagen nicht überschreitet. Wer dauernd einem Tier Obdach und Nahrung gewährt, wird nach der Auffassung des Lebens auch dann noch als Halter des Tiers anzusehen sein, wenn er es dadurch nutzt, daß er es vorübergehend anderen gegen Entgelt überläßt (zu vgl. Planck, BGB. 3 Aufl. Bd. 2 S. 1019), das gleiche muß für die in § 537 Nr. 7 bezeichneten Fahrzeuge gelten. Leiht z. B. jemand ein Fahrzeug von einem anderen, um eine Gelegenheitsfuhre auszuführen, so gilt der Entleiher nicht als Unternehmer; Unternehmer ist vielmehr auch für diese Fuhre derjenige, welcher das Fahrzeug hält. Die von diesem zu zahlende Prämie deckt auch das Risiko, das mit der bezeichneten Gelegenheitsfuhre verbunden ist.

Der Zweck der Fahrzeughaltung scheidet nur bei Prüfung der Versicherungspflicht aus; für die Frage, wo die Versicherung zu erfolgen hat, ist er von entscheidender Bedeutung. Die Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer ist nur für die Versicherung von Tätigkeiten beim nicht gewerbsmäßigen Halten von Reittieren und Fahrzeugen (§ 629 Abs. 2 RVO.; § 1 der unterm 10. Oktober 1912 erlassenen Verfassung der Versicherungsgenossenschaft). Wird die Tätigkeit gewerbsmäßig betrieben, so ist stets eine gewerbliche Berufsgenossenschaft zuständig und zwar hauptsächlich die Fuhrwerks- oder Binnenschiffahrtsberufsgenossenschaft.

Besondere Schwierigkeiten ergeben sich, wenn der Unternehmer außer der Fahrzeug- und Reittierhaltung einen versicherungspflichtigen Betrieb besitzt, für dessen Versicherung eine gewerbliche oder landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft zuständig ist. Hier ist stets als oberster Grundsatz festzuhalten, daß gewerbliche oder landwirtschaftliche Betriebstätigkeiten niemals bei der Versicherungsgenossenschaft versichert werden können. Wohl aber sind umgekehrt nicht gewerbsmäßige Tätigkeiten unter Umständen zusammen mit einem gewerblichen oder landwirtschaftlichen Betriebe zu versichern."

Hieran schließen sich Erörterungen im Hinblick auf §§ 631, 921, 959 Abs. 1 RVO.

Der Arztvertrag,

der zwischen der Krankenkasse für Unterbeamte im Bezirke der Kaiserl. Oberpostdirektion in Berlin einerseits und dem Verein der freigewählten Kassenärzte in Berlin andererseits am 18. Februar 1913 geschlossen worden ist, lautet wie folgt:

§ 1. Zum ärztlichen Dienst bei der Krankenkasse für Unterbeamte im Bezirk der Kaiserlichen Oberpostdirektion in Berlin ist jeder approbierte und im Besitze der

Digitized by Google

bürgerlichen Ehrenrechte befindliche Arzt in Berlin und den Vororten zugelassen. Name, Wohnung und Sprechzeit der Aerzte werden den Kassenmitgliedern vom Kassenvorstande bekanntgegeben.

§ 2. Den Kassenmitgliedern steht in jedem einzelnen Krankheitsfalle die Wahl unter den zugelassenen Aerzten ihres Wohnortes frei. Sie dürfen in dieser Wahl vom Kassenvorstande oder von Kassenbeamten nicht beeinflußt werden. Die Kassenverwaltung hat die Mitglieder anzuweisen, sich an einen in ihrer Nähe wohnenden Arzt zu wenden, damit nicht wegen zu weiter Entfernung besondere Kosten erwachsen. Erkrankte in Orten ohne Arzt haben sich an einen verpflichteten Arzt des nächsten Ortes zu wenden. Uebernimmt das Mitglied die Mehrkosten, so kann es sich auch an einen andern verpflichteten Arzt wenden.

§ 3. Nichtärzte dürfen nicht zu selbständiger Behandlung der Kranken auf Kosten der Krankenkasse zugelassen werden. Bei Zahnkrankheiten mit Ausschluß der Mund- und Kieferkrankheiten kann an Orten, an denen kein Zahnarzt wohnt, die Behandlung durch Zahntechniker erfolgen; an Orten mit einem Zahnarzt ist hierzu die Zustimmung des Kassenmitgliedes erforderlich.

§ 4. Die Krankenkasse ist verpflichtet, jedem Mitglied einen Ausweis dem Arzte gegenüber auszuhändigen, aus dem hervorgeht, ob das Gesamtdiensteinkommen des Mitglieds über 2000 M. beträgt.

§ 5. Die Gebühren für die den Mitgliedern mit einem Jahresdiensteinkommen bis zu 2000 M. und ihren anspruchsberechtigten Familienangehörigen geleistete ärztliche Behandlung werden nach Einzelleistung und nach den Mindestsätzen der Preußischen Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 berechnet. (Handelt es sich um Städte der Ortsklassen A und B, so heißt es weiter: mit der Maßgabe, daß zur Gebühr für Besuch und Konsultation ein Zuschlag von 50 Pf. erfolgt.) Bei Besuchen außerhalb des Wohnortes des Arztes wird außer der Besuchsgebühr vom Beginn des zweiten Kilometers ab noch eine besondere Entschädigung für den Weg mit 1,50 M. für jedes angefangene Kilometer und außerdem für die Zeitversäumnis mit 40 Pf. für jedes angefangene Kilometer gewährt. Werden mehrere Mitglieder an demselben Orte gleichzeitig behandelt oder auf einer Rundfahrt besucht, so wird die besondere Entschädigung für Weg und Zeitversäumnis nur einmal bezahlt, und zwar nach der Anzahl der im Interesse der Kasse zurückgelegten Kilometer. Die Berechnung der Kilometergelder hat sowohl für den Weg als auch für die Zeitversäumnis immer nur von der Wohnung des nächstwohnenden Kassenarztes zu erfolgen, und zwar für Hin- und Rückfahrt zusammen nur einmal.

Die Gebühren werden an den ärztlichen Ortsverein gezahlt.

Die Gebühren für die den Mitgliedern mit über 2000 M. Jahresdiensteinkommen und ihren Familienangehörigen geleistete ärztliche Behandlung werden zwischen Arzt und Mitglied frei vereinbart. Der Arzt stellt seine Gebührenforderung diesen Kassenmitgliedern selbst zu.

§ 6. Die Gebührenforderungen sind vierteljährlich aufzustellen und spätestens am 15. des ersten Monats des nächsten Vierteljahrs einzureichen; sie unterliegen nach Bearbeitung durch die Kassenverwaltung der Prüfung durch den Verein der freigewählten Kassenärzte in Berlin. An diesen wird die Gesamtsumme der Gebührenrechnungen aller Aerzte des Ortes (der Vereinsmitglieder wie auch der Nichtvereinsmitglieder) von der Krankenkasse gezahlt. Der Verein zahlt die Gebühren an die einzelnen Aerzte aus.

§ 7. Die Kassenverwaltung ist verpflichtet, die Mitglieder anzuweisen, den Arzt des Sonntags nur in dringenden Notfällen in Anspruch zu nehmen und Bestellungen auf Hausbesuche in der Regel bis zum Ende der Morgensprechstunde abzugeben. Gehfähige Kranke haben den Arzt während der Sprechstunde aufzusuchen.

§ 8. Ist der Arzt durch Krankheit oder sonstwie verhindert, seine Tätigkeit auszuüben, so hat er davon der Krankenkasse Mitteilung zu machen. Der Verein der freigewählten Kassenärzte in Berlin ist verpflichtet, dafür zu sorgen, daß in jedem Behinderungsfalle den Unterbeamten die erforderliche ärztliche Behandlung gesichert ist.

§ 9. Die Ueberwachung der kassenärztlichen Tätigkeit hinsichtlich der Gebührenforderung, Arzneiverschreibung, Verordnung von Bädern u. dgl. übernimmt ein Ausschuß des Aerztevereins. Er ist verpflichtet, die Kasse vor ungerechtfertigter Vielgeschäftigkeit und Ueberteuerung zu schützen, und berechtigt, zu diesem Zwecke Streichungen an den Gebührenforderungen vorzunehmen, Verwarnungen, Verweise und Geldstrafen zu verhängen und von sich aus oder auf Antrag der Kasse zeitlichen oder dauernden Ausschluß von der kassenärztlichen Tätigkeit zu beantragen.

§ 10. Zur Erledigung aller gemeinsamen Angelegenheiten und zur gütlichen Beilegung von Streitigkeiten, die aus dem Vertragsverhältnis entstehen, wird ein Einigungsausschuß gebildet, in welchen sowohl der Kassenvorstand als auch der Aerzteverein je zwei Vertreter entsenden. Kommt eine Einigung nicht zustande, so bildet der Einigungsausschuß das Schiedsgericht; für diesen Fall wird der Ausschuß den Vorsitzenden des Oberversicherungsamtes bitten, ein juristisches Mitglied dieses Amtes um Uebernahme des Vorsitzes des Schiedsgerichts zu ersuchen. Auf die Ladung und Verhandlung vor dem Schiedsgericht und die Verkündung und Zustellung des Schiedsspruchs finden die für die Schiedsgerichte geltenden Bestimmungen der Zivilprozeßordnung Anwendung, soweit es sich um bürgerliche Rechtsstreitigkeiten handelt.

§ 11. Der Vertrag tritt am 1. März 1913 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 1913. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er von keiner Seite spätestens am 1. Oktober gekündigt wird.

§ 12. Die gesetzlichen Stempelkosten für diesen Vertrag trägt die Krankenkasse.

Herabsetzung der Altersgrenze für die Invalidenrente.

Bei der erwähnten Besprechung im Reichsversicherungsamt wurden noch andere Fragen erörtert, die unter anderem die Gewährung der Altersrente von der Vollendung des 65. Lebensjahres an, die Einrichtung von Sammelkarten, sowie die Vernichtung und die Erneuerung von Quittungskarten betrafen. Bei der Frage der Herabsetzung der Altersgrenze auf das 65. Lebensjahr einigte man sich dahin, daß die Prüfung dieser Frage nicht für sich, sondern in Verbindung mit der vom Reichstag geforderten Prüfung über die finanziellen Wirkungen einer Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersrente auf 65 Jahre vorzunehmen sei. Die Mehrkosten der Herabsetzung wurden von dem Berichterstatter auf Grund der von den Versicherungsträgern vorgenommenen Auszahlungen auf jährlich $4^1/_4$ Millionen Mark für das Reich und $9^1/_2$ Millionen Mark für die Versicherungsträger veranschlagt. — Die Verhandlungen wurden am Sonnabend fortgesetzt.

Geburtenrückgang in Berlin.

In einer eingehenden Studie über diesen Gegenstand gelangt der Direktor des Statistischen Amts der Stadt

Digitized by Google

Berlin Prof. Dr. Silbergleit, (Heft 7 der Statistischen Monatsberichte für Groß-Berlin) zu folgenden Feststellungen:

1. Die eheliche Fruchtbarkeit Berlins nimmt bereits seit Mitte der 70er Jahre fortdauernd ab, sie betrug im Jahre 1910 nur 37,7% ihres im Jahre 1876 erreichten Höchststandes.

2. Charakteristisch für die letzten Jahre ist der stärkere Rückgang der dritten und weiteren Kinder.

3. Die Abnahme der Geburtenfrequenz war im letzten Jahrfünft am kleinsten bei den jüngsten, am größten bei den im höchsten Alter der Gebärfähigkeit stehenden Ehefrauen.

4. Unter den Stadtteilen treten in den letzten Jahren die arbeiterreichsten mit den stärksten Abnahmeverhältnissen der ehelichen Geburtenziffer hervor.

Auskunftsstelle für Sachen der Angestelltenversicherung.

Zur Erteilung von Auskunft in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung ist in den Geschäftsräumen des Rentenausschusses in Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm Nr. 20 eine Auskunftsstelle errichtet worden. Die Dienststunden für die Auskunftserteilung, die unentgeltlich erfolgt, sind bis auf weiteres von 9—3 Uhr festgesetzt.

Literarisches.

Gesetz und Recht, Zeitschrift für allgemeine Rechtskunde. Unter ständiger Mitwirkung hervorragender Rechtskundiger herausgegeben von Alfred Langewort. Jährlich 24 Hefte und ein Sachregister. Vierteljahrspreis 2,50 M. Breslau, Verlag „Gesetz und Recht".

Diese Zeitschrift, deren 13. Band abgeschlossen, zugleich mit den ersten 14 Heften des neuen Jahrgangs, vor uns liegt, verdient besondere Beachtung in einer Zeit, in der soviel geklagt wird über Weltfremdheit der zünftigen Juristen und über Rechtsfremdheit des Volks oder doch großer Volksteile. Aus einem trefflichen Geleitworte zum 7. Jahrgang heben wir einiges über das Ziel, das sich die Zeitschrift gestellt hat, heraus: „Der Laie fühlt sich durch ein Gewebe von Paragraphen umsponnen, die ihn, weil er sie nicht kennt, in seiner Bewegungsfreiheit hemmen, ihm schwere Verluste zuzufügen drohen. Das Recht . . . scheint dem Volke zur Geheimlehre geworden, die der Wissende gegen den Unkundigen ausbeutet . . . Nicht minder schmerzlich als der Laie empfindet der Jurist das Mißliche des gegenwärtigen Zustandes." Diesen Zwiespalt will die Zeitschrift überbrücken. Sie will durch volkstümlich geschriebene Aufsätze, durch juristische Winke, durch Berichte über bedeutungsvolle Entscheidungen die Entfremdung zwischen dem Deutschen und seinem Recht beseitigen, will wahre Aufklärung verbreiten, nicht durch Halbwissen eine törichte Rechthaberei züchten; sie will aber auch dem Juristen Gelegenheit bieten, sich schnell und leicht Anregung zu schaffen auf Gebieten, die seinem eigentlichen Arbeitsfelde fern liegen. Ein Blick in die auch typographisch ausgezeichnet gestalteten Hefte lehrt, wie sehr sie geeignet sind, ihre Aufgabe zu erfüllen. Ein großer Stab von Richtern und Verwaltungsbeamten, Staatsanwälten und Rechtsanwälten bemüht sich mit bestem Erfolg, in einer gebildeten und doch immer gemeinverständlichen, dabei frischen und fesselnden Sprache eindringlich und anschaulich über alles zu unterrichten, was auf den verschiedenen Rechtsgebieten dem Staatsbürger zu wissen not tut. Als ein Musterbeispiel — eins statt vieler — mag aus dem reichen Inhalte des neuesten Hefts (April) der Anfang einer Artikelfolge dienen, welche den „bürgerlichen Rechtsstreit vor dem Amtsgericht" darstellt und durch viele Beispiele und Formulare erläutert. In ähnlicher Weise werden in der Zeitschrift wichtige Fragen aus anderen Gebieten — Strafrecht, Staats- und Verwaltungsrecht, Arbeiterversicherungsrecht usw. — behandelt.

Tafeln zur Ermittlung der Invaliden- und Altersrenten von Beckmann-Niebour. Zweite, völlig neubearbeitete Ausgabe, herausgegeben von Dr. A. Beckmann, Geh. Oberregierungsrat, Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und Vortragendem Rat im Reichsamt des Innern. Berlin-Lichterfelde 1913, Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel. 230 S. gr. Lexikonformat. Preis geh. 6 M., geb. 7,20 M.

Die neue Ausgabe stellt sich als eine Fortführung, Ergänzung und Erweiterung der im amtlichen Auftrage beim Inkrafttreten des Invaliden- und Altersversicherungsgesetzes erschienenen Tafeln dar, die nunmehr den Vorschriften des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung und den Rechnungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts vom 30. Dezember 1911 angepaßt sind. Die Tafeln bieten ein vorzügliches Mittel zur schnellen und zuverlässigen Ermittlung 1. des Anteils der Versicherungsanstalten an den Renten, und zwar im einzelnen: des Grund- und des Steigerungsbetrags der Invalidenrenten, des Steigerungsbetrags, des Durchschnittsbetrags der Altersrenten, der Witwen- und Waisenrenten; 2. der abgerundeten Jahresrenten und der zu zahlenden Monatsraten; 3. der Vielfachen der Monatsraten und 4. der Tagesraten der Rente je für die Monate mit 28—31 Tagen. Eine klar und leichtverständlich geschriebene und durch Beispiele erläuterte Einleitung („Vorbemerkungen") enthält die Anweisung zur Benutzung der Tafeln. Den mit den Rentenberechnungen befaßten Beamten der Versicherungsträger und der Versicherungsbehörden wird auf Grund dieser Anleitung die Handhabung der Tabellen sofort verständlich und sehr bald unentbehrlich werden. Der durch dies Hilfsmittel gebotene Vorteil, daß man die in Betracht kommenden Zahlen statt durch umständliche und zeitraubende Rechnung durch einfaches Ablesen schnell und bequem ermitteln kann, springt zu sehr in die Augen, um mehr darüber zu sagen. Das Werk empfiehlt sich selbst.

Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung. Herausgegeben von Dr. Kaskel, Privatdozenten an der Universität, Dr. Lehmann, Geh. Reg.-Rat und Mitglied des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt, Dr. Rabeling und Dr. Smidt, Regierungsräten am Reichsversicherungsamt. Verlag von Julius Springer in Berlin. Preis 12 M. für den Jahrgang.

Die neue Zeitschrift bezweckt, unter Ausschaltung aller politischen Gesichtspunkte, die Pflege des juristischen Inhalts der sozialen Versicherungsgesetze, vor allem durch rechtswissenschaftliche Abhandlungen, kürzere Sprechsaal-

Digitized by Google

aufsätze, Literaturübersichten und Mitteilung wichtiger Entscheidungen. Der Inhalt der Probenummer mit Beiträgen von Geh. Regierungsrat Siefart, Geh. Oberregierungsrat Hoffmann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher, Senatspräsident Dr. Klein, Geh. Oberregierungsrat Pfarrius, Justizrat Dr. Neißer, Landesrat Dr. Brunn, Regierungsrat Dr. Michelly, ferner die Liste der Mitarbeiter, die Beiträge teils bereits geliefert, teils in Aussicht gestellt haben, dürften — zusammen mit den Namen der Herausgeber — hinreichende Gewähr dafür bieten, daß die Aufgabe der Zeitschrift in guten Händen ist.

Die Angestelltenversicherung, Amtliche Nachrichten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte. Verlag von Julius Springer in Berlin. Preis 6 M. für den Jahrgang.

Das vorliegende erste Heft dieses amtlichen Organs, das ähnlich wie die „Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts" gestaltet ist, bringt den Text des Versicherungsgesetzes für Angestellte, die bisher ergangenen Ausführungsverordnungen und Bekanntmachungen, sowie die Anleitung, betr. den Kreis der Versicherungspflichtigen, und im nichtamtlichen Teil Erläuterungen der Bestimmungen des Bundesrats über die Ausführung des § 392 AVG. (Bekanntm. vom 11. Januar 1913, RGBl. S. 19).

Die Nervenkrankheiten nach Unfällen. Von Dr. Georg Flatau, Nervenarzt in Berlin. Leipzig 1912 bei Benno Konegen. 149 Seiten. Preis 3,60 M.

Das Buch wird dem zu Begutachtungen berufenen Arzte gewiß gute Dienste leisten können, da es ihn nicht nur unter ärztlich wissenschaftlichen und praktischen Gesichtspunkten, sondern auch unter Darlegung der wichtigsten in Betracht kommenden Gesetzesvorschriften und durch Anführung zahlreicher Beispielsfälle zu einer sachgemäßen Beurteilung anleitet.

Die Seeunfallversicherung. Nach der Reichsversicherungsordnung für den praktischen Gebrauch zusammengestellt und mit erläuternden Bemerkungen versehen von M. Schanseil, Direktor der Seeberufsgenossenschaft. Hamburg 1913 im Selbstverlag des Verfassers. 530 Seiten.

Das Buch ist, wie der Verfasser im Vorwort bemerkt, „aus der Not der Praxis geboren". — „An die Stelle des alten, guten in sich abgeschlossenen und klaren Seeunfallversicherungsgesetzes ist ein Riesengesetz getreten. In ihm finden sich nicht nur die mit der Seeunfallversicherung sich beschäftigenden Paragraphen über vier Bücher verstreut vor, sondern es besteht auch ihr Inhalt zu einem sehr großen Teile aus Verweisungen auf die Bestimmungen anderer Paragraphen . . ." Es trifft durchaus zu, daß bei solcher Gestaltung des Rechtsstoffs Reeder und Versicherte mit einer Ausgabe des Gesetzes selbst nichts anzufangen wissen werden, und der Verfasser kommt daher einem wirklichen Bedürfnis entgegen, indem er in der handlichen Sonderausgabe alle für die Seeunfallversicherung erheblichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (aus dem 1., 3., 5. und 6. Buche) vereinigt, überall in sehr übersichtlicher Form die Vorschriften, auf die das Gesetz verweist, wörtlich als Ergänzungen beifügt und in geschickter Auswahl für die Praxis wertvolle Erläuterungen auf Grund der Gesetzesmaterialien und der Rechtsprechung beiträgt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber der Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Beschränkung der Familienhilfe auf kassenärztliche Behandlung; keine Pflicht der Kasse zur Tragung der Krankenhauskosten.

1. Nach Hamburg. Antwort: Die Satzungsvorschrift, daß den Familienangehörigen ärztliche Behandlung nur durch den Kassenarzt gewährt und in dringenden Fällen für die Zuziehung eines anderen Arztes nur ein Zuschuß bis zu 3 M. erstattet wird, ist allerdings ungültig, weil sie eine unzulässig ungleiche Behandlung der Mitglieder einschließt. Insoweit treten wir dem Urteile des Versicherungsamts bei (vgl. das Urt. des Württ. VGH. in Arb.-Versorgg. 1901 S. 717). Es ist auch richtig, daß nach Lage des Falles das Mitglied Anspruch darauf hatte, daß sein Kind in der Behandlung des fremden Arztes verblieb und daß die Kasse auch die hierdurch entstandenen weiteren Kosten für ärztliche Behandlung und Heilmittel trug. Aber eben nur diese Kosten! Mehr besagt auch das vom Versicherungsamt angezogene Urteil des Sächs. Oberverwaltungsgerichts (Arb.-Versorgg. 1907 S. 509) nicht. Die Krankenhauspflege ist eine besondere, eigenartige, weit über ärztliche Behandlung und Heilmittelgewährung hinausgehende Sachleistung, die namentlich auch vollständige Verpflegung und Wartung einschließt. Diese Leistung zu gewähren, sind die Kassen selbst im Rahmen der ihnen obliegenden Mindestleistungen für die Mitglieder selbst nur unter Umständen berechtigt, aber niemals verpflichtet (vgl. Hahn, Anm. 1e zu § 7 KVG. und Handb. der Krankenvers. S. 232 Anm. 3 zu § 184 RVO. und die dort angeführten Entscheidungen). Um so weniger kann eine solche Verpflichtung bestehen bei der Familienhilfe, deren Einführung doch ganz im freien Ermessen der Kasse steht. Das Preuß. Oberverwaltungsgericht nimmt sogar an, daß die Kassen freie Krankenhauspflege an Familienangehörige der Mitglieder gar nicht gewähren dürfen! (Arb.-Versorgg. 1913 S. 131.) Jedenfalls aber kann der Umstand, daß im einzelnen Falle sachgemäße Behandlung nur im Krankenhause erfolgen kann, nicht dazu führen, daß die Kasse die über ärztliche Behandlung und Heilmittelgewährung hinausgehenden Kosten tragen müsse. Es ist ein Grundirrtum, anzunehmen, daß die Krankenkassen im Krankheitsfalle alle notwendigen Aufwendungen zu tragen haben, die irgendwie mit der ärztlichen Behandlung im Zusammenhange stehen; vielmehr ist die Leistungspflicht der Kasse auf das beschränkt, was ihnen das Gesetz (§§ 6, 20 KVG.) oder bei freiwilligen Mehrleistungen (§ 21 KVG.) das Statut auferlegt. Das übrige trägt der Versicherte oder, wenn er hilfsbedürftig ist, der Armenverband.

Digitized by Google

Schließung der Kasse erst nach rechtskräftiger Ablehnung der Zulassung. Begründung der ablehnenden Entscheidung.

2. **Nach Br.** Antwort: Ihre sämtlichen Fragen erledigen sich, weil Sie von einer irrigen Voraussetzung ausgehen. Der Bescheid des Oberversicherungsamts, durch den Ihre Anträge auf Zulassung und auf Ausgestaltung abgelehnt sind, kommt nicht, wie Sie annehmen, „einer Auflösung bzw. Schließung" gleich. Nach Art. 21 Einf.Ges. z. RVO. ist die Kasse zu schließen, wenn die Satzung nicht rechtzeitig mit der Reichsversicherungsordnung in Einklang gebracht oder der Antrag auf Zulassung nicht rechtzeitig gestellt wird. Dies trifft in Ihrem Falle nicht zu. Freilich ergibt sich aus dieser Vorschrift als selbstverständlich, daß die Kasse auch zu schließen ist, wenn der Zulassungsantrag rechtskräftig abgewiesen ist. Aber einerseits ist die Entscheidung noch nicht rechtskräftig, weil die Rechtsmittelfrist aus Art. 20 Einf.Ges. noch läuft; und anderseits würde auch die rechtskräftige Entscheidung nicht schon die Schließung der Kasse darstellen, sondern sie nur nach sich ziehen und nur die Grundlage für notwendige weitere behördliche Anordnungen enthalten (§§ 280, 281, 299—305 RVO.). Daß dabei die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung anzuwenden sind, ist nicht zweifelhaft (Art. 1 der Verordnung vom 5. Juli 1912, Arb.-Versorgg. 29 S. 489). Inzwischen haben Sie allen Anlaß, die ergangene Entscheidung, soweit sie den Zulassungsantrag abweist, in der Monatsfrist durch Beschwerde bei dem Handelsminister anzufechten, weil es an einer Begründung vollkommen fehlt. Denn der Satz, daß durch die Zulassung Ihrer Kasse die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse gefährdet werden würde, ist keine Begründung, wenn nicht die tatsächlichen Verhältnisse, in denen eine solche Gefährdung liegen soll, angegeben werden. Dies hat der Minister selbst in einem neuerlichen Erlasse klar zum Ausdruck gebracht. Der zweite, die Ausgestaltung betreffende Teil der Entscheidung ist begründet und nicht anzufechten.

Fortbestand einer auf Grund der Versicherungsberechtigung vor dem 1. Januar 1914 erworbenen Kassenmitgliedschaft.

3. **Nach Kottbus.** Antwort: Der Kreis der versicherungsberechtigten Personen ist in der Tat von der Reichsversicherungsordnung enger gezogen, als vom Krankenversicherungsgesetz. Daher werden vom 1. Januar 1914 solche Personen, die noch nicht der Kasse als freiwillige Mitglieder angehören, nur dann beitreten können, wenn sie die Voraussetzungen des § 176 RVO. erfüllen. Anders ist die Rechtslage bezüglich derjenigen zu beurteilen, die noch auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes und der nach diesem erlassenen Satzung freiwillige Mitglieder geworden sind und es noch beim Inkrafttreten des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung sind. Sie bleiben es, auch wenn sie nicht die Bedingungen des § 176 RVO. erfüllen. Denn dieser ist maßgebend für die Berechtigung zum Beitritt, also zum Erwerb der Mitgliedschaft, nicht aber für die Berechtigung zur Fortsetzung einer bereits erworbenen Mitgliedschaft. Diese erlischt nicht dadurch, daß die Voraussetzungen, die lediglich den Erwerb betreffen, inzwischen vom Gesetzgeber geändert worden sind. Zur Aufhebung wohl erworbener Rechte bedarf es einer ausdrücklichen Gesetzesbestimmung; sie aber fehlt für diesen Fall (vgl. hierzu die Ausführungen von Hahn in der Arb.-Versorgg. 29 S. 25 ff.).

Nachweis der Erwerbsunfähigkeit.

4. **Nach Braunschweig.** Frage: Der Handlungsgehilfe B. war vom 15. April 1912 bis 14. Februar 1913 Mitglied unserer Kasse. Am 23. Februar cr. teilte er uns mit, daß er sich zu seinen Eltern in O. begeben habe; beim Absteigen von der elektrischen Straßenbahn habe er am 15. Februar sich eine Verletzung des rechten Knies zugezogen. Gleichzeitig ersuchte er gemäß § 57a KVG. nach O. zur Fürsorge überwiesen zu werden, welchem Ersuchen auch stattgegeben wurde. Dem B. wurde Mitteilung gemacht, daß er sich sofort an die Kasse in O. wenden solle. Am 1. April liquidierte die Kasse O für 30 Tage zu 1,80 M. = 54 M. Krankengeld und für Arzthonorar laut beigefügter Rechnung für vier Konsultationen am 12., 14., 16. und 21. März cr. zu 1 M. = 4 M. Es war aber nicht zu ersehen, von wann bis wann die Erwerbsunfähigkeit gedauert hatte. Nach Anfrage bei der Kasse O. stellte es sich heraus, daß B. erst am 12. März cr. den Arzt konsultiert hatte und dieser nachträglich die Erwerbsunfähigkeit vom 15. Februar zurückdatiert hatte. Wir sind nun der Ansicht, daß, da B. unserer Aufforderung sich sofort an die Kasse O. zu wenden, nicht nachgekommen ist und die ärztliche Behandlung erst am 12. März cr. notwendig war, der Anspruch am 8. März erloschen ist, und wir in diesem Falle nicht erstattungspflichtig sind?

Antwort: Das Mitglied verliert dadurch, daß es den Anordnungen der Kasse nicht oder nicht sofort folgt, nicht seine Ansprüche auf Unterstützung, sondern kann allenfalls bei entsprechender Bestimmung der Satzung gemäß § 26a Ziff. 2a in Strafe genommen werden; ein Verlust des Anspruchs auf Krankengeld kann nur in den Fällen des § 26a Ziff. 2 KVG. eintreten. Insbesondere geht der Anspruch nicht dadurch verloren, daß das Mitglied es unterläßt, sich an einen Arzt zu wenden, nur muß es seine Erwerbsunfähigkeit nachweisen. Hierzu sind auch andere Beweismittel geeignet, als ärztliche Zeugnisse (vgl. Entscheidung des Magistrats zu Frankfurt a. M. in der Arb.-Versorgg. 26 S. 264). Andererseits genügt auch nicht immer das ärztliche Zeugnis. In Ihrem Falle gibt dieses sogar zu Zweifeln Anlaß. Halten Sie daher bei der Kasse in O. Nachfrage, woraus der Arzt schließe, daß B. bereits am 15. Februar erwerbsunfähig war, und welche Beweise B. sonst noch habe. Nach dem Ausfall der Auskunft treffen Sie Ihre Entschließung!

Zahlung der Kassenbeiträge durch den Arbeitgeber bei freiwilliger Weiterversicherung. Verpflichtung der Kasse bei ärztlicher Behandlung im Krankenhause.

5. **Nach Görlitz.** Frage: a) Eine Firma hat für den Arbeiter Z. die Beiträge weiterbezahlt, obwohl dieser über ein Vierteljahr nicht mehr gearbeitet hat. Ihr Buchhalter erklärt, er habe mit Z. vereinbart, daß von ihm die Beiträge für diese Zeit an die Firma gezahlt werden müßten. Z. ist nun erkrankt, und die Firma behauptet, er sei nicht entlassen, sondern nur beurlaubt gewesen, und die Kasse sei verpflichtet, die Unterstützung zu gewähren. Wir sind der Ansicht, daß in diesem Falle die Firma den Arbeiter hätte abmelden müssen und dieser die Mitgliedschaft nur auf Grund des § 27 KVG. fortsetzen konnte.

b) Frl. Sch. war wegen Blinddarmentzündung in Behandlung des Kassenarztes, dieser ließ sie, weil eine Verschlimmerung eingetreten und Gefahr vorhanden, in der Nacht in eine Klinik schaffen, wo auch die Operation sofort vorgenommen wurde. Wir haben vorläufig nur das Krankengeld bezahlt und stützen uns hierbei auf Hahns Kommentar Anm. e zu § 7 KVG. Zu welchen Leistungen sind wir verpflichtet?

Antwort: a) An sich ist das Versicherungsverhältnis, das die Versicherungspflicht bedingt, erloschen, da der

Digitized by Google

Urlaub verhältnismäßig lange währte, drei Monate, und währenddessen kein Lohn gezahlt wurde (vgl. Hahn, KVG., Anm. 1e zu § 1). Es liegt aber eine freiwillige Fortsetzung der Mitgliedschaft vor; zwar hat nicht der Arbeiter, sondern seine Firma die Beiträge an die Kasse gezahlt, sie hat es aber in seinem Auftrag getan. Daß die Kasse von der Umwandlung der notwendigen Mitgliedschaft in eine freiwillige unterrichtet werde, ist nicht erforderlich (vgl. Preuß. Oberverwaltungsgericht in der Arb.-Versorgg. 28 S. 342; Hahn, KVG. Anm. 1a zu § 27).

b) Die Kasse muß die ärztliche Behandlung im Krankenhause insoweit bezahlen, als der Kassenarzt selbst nicht in der Lage war, sie zu gewähren; denn insoweit lag ein dringlicher Fall vor (§ 26a Ziff. 2b KVG.). Das würde sicherlich für die Operation zutreffen, für die weitere Behandlung im Krankenhaus jedoch nur insoweit, als sich ein Transport der Kranken wegen der drohenden Gefahr einer Verschlimmerung verbot. Aber auch insoweit ein dringlicher Fall vorlag, braucht die Kasse, wenn sie die Anstaltspflege nicht ausdrücklich oder stillschweigend genehmigt hat, nur die Kosten der ärztlichen Behandlung, nicht auch die des Unterhalts in der Anstalt zu bezahlen (Hahn, KVG. Anm. 1e zu § 7, behandelt die Krankenhauspflege, die auch die Verpflegung mit umfaßt). Der offenbar abweichenden Ansicht des Badischen Verwaltungsgerichtshofes in der Arb.-Versorgg. 29 S. 628 pflichten wir nicht bei. Denn sonst würde die Kasse gerade in den schwersten Fällen, nämlich in denen, in denen eine sachgemäße ärztliche Behandlung im eigenen Haushalte einfach unmöglich ist, von ihrer Verpflichtung, stets freie ärztliche Behandlung zu gewähren, befreit sein.

Verschiedene Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes für die Frage der Versicherungspflicht und für die Zugehörigkeit zu den Gehaltsklassen nach §§ 1 und 17 AVG. (Versicherungsgesetz für Angestellte.)

6. Nach Leipzig-Anger. Antwort: Allerdings hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte sich dahin ausgesprochen, daß bei Angestellten, die ihr Gehalt für kürzere Zeiträume als ein Jahr beziehen, als Jahresarbeitsverdienst zur Feststellung der Versicherungspflicht (§ 1 Abs. 3 AVG.) die Summe der tatsächlich bezogenen Gehaltsraten gilt, während für die Zugehörigkeit zu den Gehaltsklassen der Jahresarbeitsverdienst nach § 17 Satz 1 zu berechnen ist, so daß, wenn sich hiernach ein Jahresverdienst von mehr als 5000 M. ergibt, der Angestellte nach § 16 zur Gehaltsklasse I gehört (Monatsschr. f. Arb. u. Angest.-Vers. Jahrg. 1 S. 71). Dabei ist vorausgesetzt, daß die Summe der wirklich bezogenen Gehaltsraten (oder, wenn es sich nicht um feste Bezüge handelt, der nach freier Schätzung festzustellende Jahresbetrag) 5000 M. nicht übersteigt und also die Versicherungspflicht im Sinne des § 1 feststeht. Diese Verschiedenheit der Berechnung kann auffällig erscheinen, entspricht aber den verschiedenen Zwecken der §§ 1 und 17 und der Wortfassung des § 17, dessen Berechnungsweise ausdrücklich nur „für die Zugehörigkeit zu den Gehaltsklassen" vorgeschrieben ist. Ebenso Mentzel-Schulz-Sitzler, Anm. 3 zu § 17 gegen Bernstein-Kupferberg, Anm. 1.

Anfechtung einer freiwilligen Mitgliedschaft durch die Krankenkasse.

7. Nach Sigmaringen. Antwort: Das Dienstmädchen ist freiwilliges Mitglied der Krankenkasse geworden, auch wenn diese infolge eines Uebersehens vor der Aufnahme ein ärztliches Attest über den Gesundheitszustand nicht verlangt hat, wie sie es nach der Satzung durfte. Wenn sie freilich annahm, daß es sich um eine Pflichtversicherung handelte, so könnte sie die Aufnahme wegen Irrtums nach § 119 BGB. anfechten. Die Anfechtung müßte aber unverzüglich, d. h. ohne schuldhaftes Verzögern nach Entdeckung des Irrtums dem Mädchen gegenüber erfolgen. Wird sie rechtzeitig ausgesprochen, so hat die Kasse keine Verpflichtung.

Regelung der Familienhilfe und der Zusatzbeiträge nach der Reichsversicherungsordnung.

8. Nach H. Antwort: a) Die Arbeitgeber können nicht verpflichtet werden, die Zusatzbeiträge für ihre Beschäftigten einzuzahlen (vgl. Arb.-Versorgg. 1912 S. 783 Ziff. 10). Dagegen steht selbstverständlich nichts entgegen, daß die Kasse von den Arbeitgebern, die sich hierzu bereit erklären, die Zusatzbeiträge mit erhebt. Das ist dann eine reine Verwaltungsmaßnahme, zu der es eines Beschlusses des Ausschusses nicht bedarf.

b) Die Familienhilfe als einer Mehrleistung, deren satzungsmäßige Einführung im Ermessen der Kasse steht, kann auch durch allgemeine, für alle Versicherten gleichmäßig geltenden Voraussetzungen bedingt oder beschränkt werden (Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 201 Anm. 3a zu § 179 und S. 274 Anm. 2a). Wir halten es daher auch für zulässig, daß diese Leistung von der Anmeldung der berechtigten Familienangehörigen zu einem besonderen Verzeichnis und ebenso daß sie von der pünktlichen Entrichtung der Zusatzbeiträge abhängig gemacht wird, etwa in der Art, daß der Anspruch erlischt, wenn diese Beiträge an zwei aufeinanderfolgenden Zahltagen nicht entrichtet sind (Arb.-Versorgg. 1912 S. 783 Ziff. 10b). Der Anspruch würde dann wieder aufleben, sobald der Rückstand beglichen ist, aber es könnte hinzugefügt werden, daß dies nicht gilt für einen schon vor der Begleichung eingetretenen Versicherungsfall.

c) Es ist nicht zulässig, statt der Sachleistungen, die den Inhalt der Familienpflege ausmachen, einen festen Geldbetrag, etwa eine Quote des Krankengeldes, auszusetzen, wohl aber kann bestimmt werden, daß die Kosten dafür nur bis zu einem bestimmten Höchstbetrage übernommen, daß also nur Zuschüsse zu diesen Kosten gezahlt werden (Hahn, Handb. S. 274; Erläuterung zu § 34 der Mustersatzung für Ortskrankenkassen). Es steht danach auch nichts im Wege, zu bestimmen, daß die Kasse zu den Kosten der ärztlichen Behandlung nur eine bestimmte Quote der Mindesttarifsätze beiträgt, und daß fachärztliche Behandlung überhaupt ausgeschlossen wird (a. a. O.).

Voraussetzungen des § 28 KVG.

9. Nach Landsberg a. W. Frage: Der Arbeiter G. war seit Jahren auf Grund seiner Beschäftigung bei einem Unternehmer Mitglied einer Ortskrankenkasse, schied aus dieser am 31. Dezember 1912 und somit auch aus der Kasse aus, übernahm dann vom 16. bis 29. Januar eine andersartige Beschäftigung und wurde dadurch Mitglied einer anderen Ortskrankenkasse. Am 1. Februar erkankte G. Die zweite Kasse lehnte Gewährung ärztlicher Behandlung ab, weshalb die Ehefrau des G. einen Arzt auf eigene Kosten zuzog. Am 14. Februar starb G. Beide Kassen verweigern Krankengeld und Sterbegeld. Welche Kasse ist leistungspflichtig? Ist sofort das ordentliche Gericht oder zunächst das Versicherungsamt zur Entscheidung zuständig?

Antwort: Die erste Kasse hat mit der Sache nichts zu tun, weil § 28 KVG. nicht zutrifft. Denn diese Vorschrift setzt voraus, daß der Unterstützungsfall „während der Erwerbslosigkeit", d. h. bei ununterbrochen fortdauernder Erwerbslosigkeit eingetreten ist, und dies liegt nicht vor, nachdem der Verstorbene inzwischen volle 14 Tage anderweit gegen Lohn beschäftigt und dadurch

Digitized by Google

sogar Mitglied einer anderen Kasse geworden war. Dies kann keinesfalls als eine geringfügige, nicht in Betracht kommende Unterbrechung der Erwerbslosigkeit angesehen werden. Aber auch die zweite Kasse kann aus § 28 KVG. nicht in Anspruch genommen werden, weil der nach seinem Ausscheiden Erkrankte und weiterhin Verstorbene nicht vor seinem Ausscheiden „ununterbrochen" drei Wochen lang einer anderen Kasse angehört hatte. Auch hier ist die Unterbrechung vom 1. bis 15. Januar viel zu erheblich, als daß sie außer Betracht bleiben könnte. — Zur Entscheidung würde nach § 58 Abs. 1 KVG. zunächst die Aufsichtsbehörde (nicht das Versicherungsamt) anzurufen sein.

Kosten für Ausbesserung und Erneuerung von Brillen usw.

10. Nach Hohenlimburg. Antwort: Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel braucht die Krankenkasse nur dann ausbessern oder erneuern zu lassen, wenn es während der Unterstützungsdauer oder deswegen erforderlich wird, weil sich der Zustand des Körpers derart geändert hat, daß von einer Erkrankung gesprochen werden kann. Das Gesagte gilt auch für die Ausbesserung eines künstlichen Gebisses. Dieses braucht im allgemeinen überhaupt nur dann geliefert zu werden — bis zum Betrage von 30 M. — wenn es zur Heilung einer Mundkrankheit oder einer sonstigen vom Zustand der Zähne abhängigen Krankheit oder zur Herstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit nach beendetem Heilverfahren nötig ist (vgl. Arb.-Versorgg. 19 S. 301).

Kosten der ärztlichen Vernehmung durch das Versicherungsamt im Feststellungsverfahren der Versicherungsträger.

11. Nach K. Antwort: Sinn des § 1596 RVO. ist offenbar, daß die Kosten der Vernehmung eines Arztes, den der Berechtigte vorgeschlagen hat, zunächst von diesem zu tragen sind und er erst nach der endgültigen Feststellung der Rente angemessene Erstattung verlangen kann. Daher muß er auch auf Erfordern Nachzahlung leisten, wenn sich herausstellt, daß der geleistete Vorschuß die Kosten der ärztlichen Vernehmung nicht deckt. Das Versicherungsamt, das die Vernehmung angeordnet hat, kann die Nachzahlung einfordern. Zweckmäßigerweise wird aber davon abgesehen werden, da ja vielleicht nach § 1596 Abs. 2 RVO. entschieden wird, daß dem Berechtigten die Kosten zu erstatten sind. Das Versicherungsamt kann statt dessen nach § 96 der Kaiserl. Verordnung vom 24. Dezember 1911 zur Bestreitung seiner Barauslagen, zu deren Erstattung ihm die Berufsgenossenschaft verpflichtet ist (§ 59 Abs. 2 RVO.) Vorschüsse von dieser verlangen. Die Abrechnung hat nach § 97 der Verordnung nach Schluß des Geschäftsjahres zu erfolgen, falls nicht ein anderer Zeitpunkt vereinbart wird. Man muß danach annehmen, daß das Versicherungsamt zwar die Nachzahlung von dem Verletzten verlangen kann, aber nicht muß, vielmehr Erstattung von der Berufsgenossenschaft fordern und ihr die Beitreibung von dem Verletzten überlassen darf; denn es handelt sich ja um ein Verfahren der Berufsgenossenschaft, bei welchem das Versicherungsamt lediglich mitwirkt.

Berechnung der Karenztage bei Erkrankung nach Arbeitsschluß.

12. Nach Hanau. Antwort: Die Karenzzeit für das Krankengeld wird nicht vom Eintritt der Erwerbsunfähigkeit, sondern vom Tage der Erkrankung ab gerechnet (§ 6 KVG.). Hieran wird dadurch nichts geändert, daß diese erst eintritt, nachdem der Arbeiter seine Arbeit vollendet und dadurch einen vollen Tagelohn verdient hat. Nach § 6 KVG. muß das Krankengeld bei Erwerbsunfähigkeit spätestens vom vierten Tage ab gezahlt werden, wobei als erster der Tag der Erkrankung gilt. Ob der Tag der Erkrankung nach Ihrem Kassenstatut einzurechnen ist, läßt sich ohne Kenntnis des Wortlauts der bezüglichen Bestimmung nicht beurteilen.

Auch dauernd Erwerbsunfähige können sich weiterversichern. Einfluß einer Erhöhung der Kassenleistungen auf schwebende Ansprüche.

13. Nach Gevelsberg. Antwort: a) Auch dauernd erwerbsunfähige Personen können sich, wie allgemein anerkannt wird, freiwillig gegen Krankheit weiterversichern. Bestritten ist aber, ob sie im Krankheitsfalle Krankengeld beanspruchen können. Das Preußische Oberverwaltungsgericht hat das bejaht (Arb.-Versorgg. 19 S. 456). Hiergegen wird — unseres Erachtens mit Recht — geltend gemacht, daß Krankengeld nach der Absicht des Gesetzes nur für die durch Krankheit verursachte Erwerbsunfähigkeit, nicht aber für diejenige gewährt werden soll, die auch ohne die Erkrankung schon vorher bestand. (So auch Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 221, Sächsisches Oberverwaltungsgericht in der Arb.-Versorgg. 29 S. 393, Schmitz in der Arb.-Versorgg. 20 S. 45.)

b) Eine durch Satzungsänderung eingeführte Erhöhung der Kassenleistungen gilt für schwebende Unterstützungsfälle nur dann, wenn die Satzung dies ausdrücklich bestimmt oder es wenigstens aus ihr mittelbar zu entnehmen ist. Im Zweifel bleibt also die Erhöhung ohne Einfluß auf schwebende Unterstützungsansprüche. (So auch Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz, 6. Aufl., S. 186 Anm. 12 zu § 26a, Preußisches Oberverwaltungsgericht in der Arb.-Versorgg. 18 S. 427.)

Hat die Krankenkasse einen Ersatzanspruch wegen eines Unfalls beim Fußballspiel? Wann muß sie die ärztliche Geburtshilfe bezahlen, obwohl ein Anspruch auf Wöchnerinnenunterstützung nicht besteht?

14. Nach Unterliederbach. Antwort: a) Die Kasse würde nur dann einen Ersatzanspruch haben, wenn dieser dem Verletzten zustände. Der Klub haftet ihm nicht, und jenes Mitglied, von dem ihm das Bein verletzt wurde, nur dann, wenn es ihn absichtlich oder fahrlässigerweise gestoßen hätte. Eine Ersatzpflicht würde also nicht bestehen, wenn es sich um einen jener unglücklichen Zufälle handelt, die sich beim Fußballspiel nicht immer vermeiden lassen. Wenn wirklich in solchen Fällen eine Fahrlässigkeit vorliegen sollte, so fällt sie in der Regel beiden Teilen in gleicher Weise zur Last, so daß man nach § 254 BGB. dem Verletzten und demnach auch der Kasse einen Ersatzanspruch gegen den Verletzen versagen muß.

b) Auch wenn das weibliche Mitglied noch keinen Anspruch auf Wöchnerinnenunterstützung hatte, so müssen von der Kasse doch diejenigen Kosten erstattet werden, die durch die Hinzuziehung eines Arztes entstanden sind, falls diese durch den Hinzutritt von Komplikationen bei der Entbindung notwendig geworden war. Denn insoweit muß auch das Wochenbett als Krankheit gelten. Es gilt als solche nur dann nicht, wenn es normal verläuft (vgl. Hahn, Handbuch der Krankenvers. S. 211).

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **11. Mai 1913.**

Redaktion:	Nr. 14	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Weitere Zweifelfragen aus dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Von Landesversicherungsassessor **Seelmann** in Oldenburg.

1. **§ 1445 Abs. 3 RVO. Unanfechtbarkeit der Beitragsleistungen (Markenverwendung). Teilweises Aufgeben der bisherigen Grundsätze.**

In Breithaupts Sammlung I S. 605 wird unter der Überschrift „Zurückweisung von Einwendungen der Landesversicherungsanstalt gegen die Revisionsentscheidungen 1600 und 1601" (Archiv für Reichsversicherung 12 S. 77 Ziff. 196, S. 140 Ziff. 294) eine neue Entscheidung über die Unanfechtbarkeit der Beiträge veröffentlicht; bei näherem Zusehen erkennt man, daß es sich in dieser Entscheidung nicht lediglich um Zurückweisung von Einwendungen handelt, sondern zum Teil auch um eine Zurückweichung von den in den früheren Entscheidungen aufgestellten Grundsätzen. In der Revisionsentscheidung 1600 ist der Grundsatz aufgestellt, daß der Versicherte nach Ablauf von zehn Jahren aus der Beitragsleistung „ein unanfechtbares materielles Versicherungsrecht erworben hat, ohne daß es auf den Rechtsgrund der Markenverwendung oder auch nur darauf ankommt, ob ein solcher Rechtsgrund überhaupt vorgelegen hat". Eine Versicherungsanstalt hatte in einem Streitverfahren darauf hingewiesen, daß es hiernach kaum abzulehnen sei, nach Ablauf der Schutzfrist des § 1445 Abs. 3 Beitragsmarken als rechtsgültig zu behandeln, die vor Vollendung des 16. Lebensjahres oder nach Eintritt des Versicherungsfalles entrichtet seien; auch werde man es nach Ablauf der Schutzfrist nicht mehr rügen können, wenn jemand erst nach Vollendung des 40. Lebensjahres in die Selbstversicherung eingetreten sei. Dies hat das Reichsversicherungsamt in der vorerwähnten Entscheidung als rechtsirrtümlich bezeichnet. Es heißt in der Entscheidung: „Nicht anzuerkennen vermag der Senat die Folgerungen, die der Vorstand aus der Revisionsentscheidung 1600 ziehen zu müssen glaubt. Der Zweck des § 1445 Abs. 3 ist es, nach Ablauf eines Zeitraumes von zehn Jahren Streitigkeiten darüber, ob die im Hinblick auf bestimmte tatsächliche Verhältnisse geleisteten Versicherungsbeiträge entrichtet werden mußten oder durften, nicht mehr zuzulassen. An die Stelle einer an sich notwendigen Entscheidung der Versicherungsanstalt oder Versicherungsbehörden soll in solchen Fällen der Zeitablauf treten; er entscheidet zugunsten der Versicherten. Einer Entscheidung aber bedarf es nicht über solche Fragen, die durch das Gesetz selbst eindeutig geregelt sind. Daß die Versicherungspflicht auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung erst mit dem vollendeten 16. Lebensjahre beginnt, daß man zur

Digitized by Google

Selbstversicherung nur bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres berechtigt ist, daß sind Dinge, die jedermann wissen muß. Niemand kann sich in seinen Rechten und namentlich in seinem guten Glauben verletzt fühlen, wenn ihm später im Rentenverfahren gesagt wird, die Beiträge, die er vor dem vollendeten 16. Lebensjahre oder nach Vollendung des 40. Lebensjahres in die Selbstversicherung eintretend geleistet hat, seien unzulässig. Zweifelhaft liegt dagegen der Fall, wenn Beiträge für eine von Anfang an erwerbsunfähige Person entrichtet werden und nach Ablauf der erforderlichen Zeit ein Rentenantrag gestellt wird. Hier wird im Einzelfall namentlich geprüft werden müssen, ob etwa der Versicherte oder sein Vertreter oder ein zur Fürsorge für ihn Verpflichteter die Verwendung der Marken in betrügerischer Absicht herbeigeführt hat."

Nach dieser Entscheidung ist der Grundsatz, daß der Versicherte nach Ablauf der zehn Jahre aus der Beitragsleistung ein unanfechtbares materielles Recht erworben hat, ohne daß es auf den Rechtsgrund der Markenverwendung ankommt, verlassen. Die Marken werden dann nicht unanfechtbar, wenn es sich um Fragen handelt, die durch das Gesetz eindeutig geregelt sind. Letzteres ist durch die Entscheidung anerkannt für den Beginn der Versicherungspflicht und die Berechtigung zur Selbstversicherung, zweifelhaft dagegen gelassen für den Fall, daß eine invalide Person Beiträge leistet. Mir scheint, daß ein Unterschied zwischen diesen Fällen nicht vorhanden ist. Daß invalide Personen der Versicherungspflicht nicht unterliegen, wird in § 1236 RVO. eindeutig geregelt. Irgendwelche Zweifel können darüber nicht aufkommen. Wenn also eine invalide Person in die Versicherung eintritt, so liegt der Fall rechtlich genau so, als wenn mit der Pflichtversicherung vor Vollendung des 16. Lebensjahres oder mit der Selbstversicherung nach Vollendung des 40. Lebensjahres begonnen wird. Der Unterschied besteht nur darin, daß der Nachweis dieser Tatfragen ein verschiedener ist. Das Alter wird durch Personenstandsurkunden nachgewiesen, die Invalidität auf andere Weise.

Man kann auch nicht sagen, daß diese Fälle deshalb verschieden zu beurteilen seien, weil der Versicherte wohl im Zweifel darüber sein kann, ob er invalide ist, nicht aber darüber, wie alt er ist. Die tägliche Praxis lehrt das Gegenteil. Es ist nichts Seltenes, daß die Versicherten ihr Alter nicht kennen. Ich erinnere nur an ausländische Arbeiter aus den östlichen Teilen Europas, die weder lesen noch schreiben können und ihr Alter und ihre Geburtsdaten nicht wissen. Wie viele Invalidenquittungskarten sind im Umlauf, die falsche Geburtsdaten tragen, und wie häufig wird mit der Versicherung vor Vollendung des 16. Lebensjahres begonnen! Wenn man hiernach annimmt, daß die Marken dann nicht unanfechtbar werden, wenn mit der Pflichtversicherung vor Vollendung des 16. Lebensjahres oder mit der Selbstversicherung nach Vollendung des 40. Lebensjahres begonnen ist, so muß man dasselbe auch annehmen, wenn ein Versicherter nach Eintritt der Invalidität mit der Versicherung beginnt, oder wenn ein selbständiger Großkaufmann dies tut, denn daß die Versicherungspflicht oder die Berechtigung zur Selbstversicherung in diesen Fällen nicht besteht, ist durch das Gesetz eindeutig entschieden.

Hiernach halte ich es nicht für richtig, wenn die Entscheidung diese Unterscheidungen macht. Meines Erachtens werden die Marken in allen diesen Fällen unanfechtbar. Das Gesetz läßt die Ausnahmen, die die Entscheidung nennt, nicht zu.

2. **§ 1445 Abs. 3 RVO. Werden Ersatztatsachen unanfechtbar?** Die Frage, ob der Eintrag von Ersatztatsachen in die Quittungskarte nach § 1445 Abs. 3 RVO. unanfechtbar wird, ist meines Wissens noch nirgends erörtert worden. Meines Erachtens ist die Frage zu bejahen. § 1445 Abs. 3 RVO. spricht nur von der Unanfechtbarkeit der in der Aufrechnung bescheinigten Marken. Nach §§ 1393, 1394 RVO. stehen aber die Ersatztatsachen den Marken in ihrer Wirkung gleich. Es wird daher ohne weiteres angenommen werden dürfen, daß das, was in § 1445 für die Marken bestimmt ist, auch für die Ersatztatsachen gilt. Dieselben Gründe, die für die Einführung der Unanfechtbarkeit der Marken sprechen, sprechen auch dafür, daß die Ersatztatsachen unanfechtbar werden. Der Versicherte muß sich darauf verlassen können, daß die Ersatztatsachen, die in

Digitized by Google

eine Karte eingetragen sind und von der Versicherungsanstalt nicht beanstandet werden, später bei Geltendmachung eines Rentenanspruches auch angerechnet werden. Hängt doch von ihnen nicht selten der Anspruch auf Rente überhaupt ab.

3. **§ 1670 RVO. Ersatz von außergerichtlichen Kosten im Verfahren vor den Versicherungsämtern.** Das Reichsversicherungsamt hat am 9. November 1912 (Breithaupt 1912 S. 542) folgende Entscheidung gefällt:

„Bei Wiederholung seines Rentenantrages gemäß § 120 JVG. hatte ein Versicherter eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt, für die er 15 M. Kosten aufgewendet hatte. Der Kläger hatte in der Berufungsinstanz in der Hauptsache obgesiegt. Das Schiedsgericht hatte aber seinen Antrag auf Erstattung der außergerichtlichen Kosten abgewiesen, weil er bei Wiederholung seines Antrages auf Rente vor Ablauf eines Jahres seit der Zustellung der endgültigen Entscheidung den Nachweis der eingetretenen Erwerbsunfähigkeit selbst zu erbringen habe. Das Reichsversicherungsamt hat diesen Standpunkt nicht gebilligt und als durch den Wortlaut des § 120 des JVG. nicht gerechtfertigt und im Widerspruch mit § 21 der Schiedsgerichtsordnung stehend erachtet. Die dem Rentenbewerber auferlegte Pflicht zur Glaubhaftmachung seines Antrages und hierdurch auch zur vorläufigen Übernahme der damit verbundenen Kosten schließt es nicht ohne weiteres aus, daß sie dem Kläger im Falle seines Obsiegens ebenso wie seine sonst zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung gemachten Aufwendungen zu ersetzen sind. Der für das Berufungsverfahren ausdrücklich festgelegte Grundsatz, daß dem mit seinem Anspruche durchdringenden Rentenbewerber aus der sachgemäßen Wahrnehmung seiner Rechte keine Kosten entstehen sollen, erheischt eine entsprechende Anwendung auch für das Verfahren vor dem Versicherungsträger, und zwar kann es dabei keinen Unterschied machen, ob es sich um freiwillig oder zur gesetzlich vorgeschriebenen Glaubhaftmachung vom Rentenbewerber aufgewandten Kosten handelt, sofern sie nur zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung geeignet waren (zu vgl. Handbuch der Unfallversicherung Bd. I S. 485, 534, GUVG. § 71 Anm. 2, § 89 Anm. 8, Bd. II S. 620, § 21 Schiedsger. Ordn. Anm. 5). War der eingereichte ärztliche Schein ein notwendiger Bestandteil des neuen Rentenantrages, durch den das Verfahren in Lauf gesetzt wurde, so sind dem mit seinem Rentenanspruch durchgedrungenen Kläger die Kosten des Scheines zu ersetzen."

Ob diese Entscheidung zutreffend ist, kann hier dahingestellt bleiben, da sie jedenfalls nach der RVO. nicht mehr gilt. § 1670 RVO. steht in dem Abschnitt „Feststellung im Spruchverfahren, Verfahren vor dem Versicherungsamt". Hätte er auch für den Abschnitt: Vorbereitung der Invalidenversicherungssachen durch das Versicherungsamt (§§ 1617 bis 1629) gelten sollen, so hätte das in diesem Abschnitt erwähnt werden müssen. Das ist nicht geschehen. Da nach § 1622 Abs. 2 RVO. in diesen vorbereitenden Verfahren die §§ 1669, 1672 RVO. Anwendung finden sollen, ist sicher, daß der Gesetzgeber gewollt hat, daß § 1670 keine Anwendung findet, denn sonst würde er auch den § 1670 hier zitiert haben.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Kaiserlichen Verordnung vom 24. 12. 11 über das Verfahren vor den Versicherungsämtern. Zwar bestimmt § 35 a. a. O., daß der § 1670 RVO. auch außerhalb der darin vorgesehenen Fälle entsprechend anzuwenden ist. Es ist auch richtig, daß der allgemeine Teil dieser Verordnung (§§ 13—36) im allgemeinen auch für die Vorbereitung der Invalidenversicherungssachen durch das Versicherungsamt gilt — von einer näheren Begründung dieser Ansicht kann an dieser Stelle abgesehen werden. — Trotzdem gilt § 35 a. a. O. nicht für das vorbereitende Verfahren vor den Versicherungsämtern, denn er spricht nur von der „Entscheidung" und der § 35 steht in einem Abschnitt, der die Überschrift trägt „Entscheidung". Bei der Vorbereitung der Rentenanträge hat das Versicherungsamt aber nicht zu entscheiden sondern nur zu begutachten.

Hiernach steht fest, daß die Versicherten keinen Anspruch darauf haben, daß ihnen die außergerichtlichen Kosten, die ihnen bei Geltendmachung ihrer Rentenansprüche im vorbereitenden Verfahren entstehen, ersetzt werden.

4. **§ 1459 RVO. Das Oberversicherungsamt kann die Sache auch dann zur Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgeben, wenn dies nicht von einer Partei**

Digitized by Google

beantragt ist. Nach § 1459 RVO. gibt das Oberversicherungsamt, wenn es sich um eine noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt, die Sache an das Reichsversicherungsamt ab, wenn dies von einem der Beteiligten rechtzeitig beantragt ist. Durch diese Vorschrift wird meines Erachtens die Anwendung des § 1799 RVO. nicht ausgeschlossen. § 1459 RVO. gibt lediglich den Parteien ein Recht auf Antragstellung, und an diesen Antrag ist das Oberversicherungsamt gebunden — zu vgl. Arbeiterversorgung 1913 S. 169. Ist von keinem der Beteiligten ein solcher Antrag rechtzeitig gestellt, so tritt die Regel des § 1799 RVO. ein. Das Oberversicherungsamt hat also dann die Sache an das Reichsversicherungsamt abzugeben, wenn es von einer amtlich veröffentlichten Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Landesversicherungsamt) abweichen will, oder wenn es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt.

5. **§ 1466 RVO. Die Versicherten haben auch dann Auskunft zu erteilen, wenn sie die Marken an Stelle der Arbeitgeber nachgeliefert haben.** Nach § 1466 RVO. haben die Versicherten dem Vorstand der Versicherungsanstalt über Ort und Dauer ihrer Beschäftigung sowie ihren Arbeitsverdienst Auskunft zu geben. Es ist angenommen worden, daß die Versicherten dann nicht mehr zur Auskunfterteilung verpflichtet seien, wenn sie nach Entdeckung eines Beitragsrückstandes die Marken nachliefern, da es sich in diesem Falle nur noch um die Bestrafung des Arbeitgebers handeln könnte. Diese Auffassung kann als richtig nicht anerkannt werden, denn nach § 1466 RVO. besteht die Pflicht zur Auskunfterteilung allgemein. Ausnahmen für den Fall, daß der Versicherte die als rückständig festgestellten Marken selbst nachliefert, sind im Gesetz nicht vorgesehen. Es ist auch irrig, daß es sich in diesen Fällen nur noch darum handelt, den Namen des Arbeitgebers zu ermitteln, um ihn zu bestrafen. Der Vorstand der Versicherungsanstalt hat nicht nur darüber zu wachen, daß für jede Arbeitswoche ein Beitrag geleistet wird, sondern er muß auch feststellen, ob die Marken gültig sind. Zu dieser Feststellung hat der Vorstand wegen der Vorschrift des § 1445 Abs. 3 RVO. jetzt noch mehr Anlaß als bisher. Die Feststellung, ob und in welchem Umfange Versicherungspflicht vorlag, und ob danach die nachgelieferten Marken als gültig anerkannt werden können, ist aber nicht möglich, wenn der Versicherte seinen Arbeitgeber nicht zu benennen braucht. Eine im Haushalt ihrer Kinder tätige, nach der neueren Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts nicht versicherungspflichtige Mutter oder Schwiegermutter könnte Woche für Woche einen Beitrag leisten, die Auskunft über den Namen ihrer Arbeitgeber verweigern und dann, wenn die Marken unanfechtbar geworden sind, mit Erfolg Rentenansprüche geltend machen.

Es ist auch nicht anzunehmen, daß der Versicherte es in der Hand hat, das Strafrecht des Vorstandes gegenstandslos zu machen. Das aber könnte er, wenn er in jedem Falle nach Entdeckung eines Beitragsrückstandes die rückständigen Marken — vielleicht aus der Kasse des Arbeitgebers — selbst nachliefern würde und dann die Auskunft über den Namen des Arbeitgebers verweigern könnte. Dabei ist noch zu beachten, daß die Reichsversicherungsordnung die Strafvorschriften nicht für ausreichend erachtete, sondern zum Schutz der Versicherungsanstalten die Bestimmungen über die Erhebung von Strafbeiträgen neu eingeführt hat. Die Erhebung der Strafbeiträge wäre für die Versicherungsanstalten unmöglich, wenn der Versicherte nach Entdeckung des Rückstandes dadurch, daß er die Beiträge selbst nachliefert, von der Verpflichtung zur Nennung des Arbeitgebers entbunden würde.

6. **§ 1466 RVO. Die Pflicht zur Auskunfterteilung besteht dann, wenn eine erhebliche Wahrscheinlichkeit für das Bestehen der Versicherungspflicht spricht.** Ein Oberversicherungsamt hat die auf Grund der Ueberwachungsvorschriften erlassene Zwangsstrafe einer Versicherungsanstalt, die erlassen war, weil der Bestrafte seine Arbeitgeber nicht nennen wollte, aufgehoben, weil der Beschwerdeführer, ein Gartenarbeiter, die Versicherungspflicht bestritten hatte. Das Oberversicherungsamt nahm dabei an, daß zwar der Beschwerdeführer wahrscheinlich nicht den selbständigen Unternehmern, sondern dem Arbeiterstande zuzurechnen sei. Die Ueberwachungsvorschriften könnten aber nur dann angewendet werden,

Digitized by Google

wenn die Eigenschaft als Versicherter zweifelsfrei feststände. In andern Fällen müsse die Versicherungsanstalt gegen vermeintliche Versicherte zunächst das Streitverfahren nach § 1459 RVO. durchführen. Demgegenüber hat das Reichsversicherungsamt, so lange es Beschwerdeinstanz war, angenommen, daß zur Auskunfterteilung auch solche Personen verpflichtet seien, bei denen eine erhebliche Wahrscheinlichkeit für das Bestehen der Versicherungspflicht spricht, und Klarheit nur durch Anhören der von dem mutmaßlichen Versicherten zu benennenden Arbeitgeber zu schaffen ist (Archiv für Reichsversicherung 12 S. 184 Ziff. 372).

Es kann kaum zweifelhaft sein, daß die Auffassung des Reichsversicherungsamts zutreffend ist. Der Weg des § 1459 RVO. führt nicht zum Ziele, weil die Versicherungsanstalt die Marken nur vom Arbeitgeber fordern kann, das Verfahren also gegen diesen durchführen muß, was nicht möglich ist, wenn sie den Namen des Arbeitgebers nicht kennt. Und auch gegen Versicherte führt das Streitverfahren nach § 1459 RVO. nicht zum Ziele, weil die Aufklärung des Tatbestandes nur durch Vernehmung des Arbeitgebers möglich ist. Es müßten also viele Sachen im Sande verlaufen, wenn der Versicherte sich durch Bestreiten der Versicherungspflicht der Pflicht zur Auskunfterteilung entziehen könnte.

Die Pflicht zur Auskunfterteilung wird zweckmäßig für diese Fälle durch die Ueberwachungsvorschriften ausdrücklich festgestellt.

7. **§ 1467 RVO. Herabsetzung der angedrohten Zwangsstrafen in der Beschwerdeinstanz.** Nach § 1467 kann der Anstaltsvorstand Arbeitgeber und Versicherte durch Geldstrafen bis zu je 150 M. zur pünktlichen Befolgung der Ueberwachungsvorschriften anhalten. Es handelt sich um Zwangsstrafen, die vor der Verhängung angedroht werden müssen. Gegen die Androhung gibt die Reichsversicherungsordnung ein besonderes Rechtsmittel nicht. Es findet also nur die form- und fristlose Aufsichtsbeschwerde an die Aufsichtsbehörde statt. Gegen die Festsetzung der Strafen ist nach § 1500 RVO. Beschwerde an das Oberversicherungsamt zulässig.

Die Androhung der Strafe kann in verschiedener Weise erfolgen. Der Vorstand kann nämlich entweder eine Strafe „bis zu 150 M. androhen". Geschieht dies, so kann zweifellos in der Beschwerdeinstanz die Höhe der später festgesetzten Strafen angefochten werden. Diese Art der Strafandrohung ist die minder zweckmäßige, denn sie hat notwendig eine Zunahme der Zahl der festzusetzenden Strafen und wohl auch der Beschwerden zur Folge; die Beteiligten werden eher geneigt sein, der ihnen gemachten Auflage nachzukommen, wenn sie die Höhe der Strafe, die ihnen tatsächlich droht, kennen. Es ist daher zweckmäßig, nicht eine Strafe „bis zu 150 M." anzudrohen, sondern die Strafe, die tatsächlich festgesetzt werden soll, selbst. Gegen diese Strafandrohung kann der Beteiligte Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde der Versicherungsanstalt erheben, und zwar auch wegen der Höhe der Strafandrohung. Eine solche Beschwerde wäre freilich nicht verständlich, weil ja der Betreffende die Verhängung der Strafe dadurch abwenden könnte, daß er die ihm gemachte Auflage erfüllt. Wenn aber die Strafandrohung bezüglich ihrer Höhe nicht angefochten wird, und die Strafe, weil der Betreffende bei seinem Widerstand verbleibt, verhängt werden muß, so kann meines Erachtens die Höhe der Strafe mit der Beschwerde nicht mehr angefochten werden. Das widerspräche dem Wesen einer der Höhe nach vorher angedrohten Zwangsstrafe. In dem ähnlichen Falle des § 139 des Gesetzes über die freiwillige Gerichtsbarkeit vom 17. Mai 1898 wird zwar angenommen, daß mit der sofortigen Beschwerde auch die Höhe der festgesetzten Strafe angefochten werden kann, aber lediglich deshalb, weil nach § 132 a. a. O. die Beschwerde gegen die strafandrohende Verfügung nicht zulässig ist. Zu vgl. Fuchs, Kommentar zum Gesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit S. 343. Nach der Reichsversicherungsordnung ist aber die Beschwerde an die Aufsichtsbehörde nicht ausgeschlossen.

Könnte die Höhe der festgesetzten Strafe mit der Beschwerde an das Oberversicherungsamt angefochten werden, so würde besser die Strafandrohung nur allgemein gehalten und also nur eine Strafe bis zu 150 M. angedroht werden.

Zweckmäßig wird auch diese Zweifelsfrage durch die Überwachungsvorschriften der Versicherungsanstalten klargestellt.

8. **§ 1258 Abs. 3 RVO. Wann beginnt**

Digitized by Google

die Witwenkrankenrente? Beginnt die Witwenkrankenrente, wenn die Witwe zur Zeit des Todes ihres Mannes vorübergehend invalide ist und zwar schon länger als 26 Wochen, mit dem Todestage des Mannes oder erst mit Beginn der 27. Woche nach dem Tode des Mannes? Ich habe keine Bedenken, anzunehmen, daß die Rente mit dem Todestage beginnt. Denn die Voraussetzung des § 1258 Satz 3 RVO., daß die Witwe während 26 Wochen ununterbrochen invalide gewesen ist, ist erfüllt. Das Gesetz verlangt nicht, daß die Witwe nach dem Tode des Mannes 26 Wochen invalide gewesen ist. Die vorhergehende Zeit kann daher unbedenklich angerechnet werden.

9. **§ 1309 RVO. Anrechnung der Rentenbezugszeit bei Festsetzung von Hinterbliebenenrenten.** Wird Invaliden- oder Witwenrente von neuem oder an Stelle einer Krankenrente oder wird eine Altersrente bewilligt, so wird die Zeit des früheren Rentenbezuges dem Versicherten ebenso angerechnet wie eine nachgewiesene Krankheitszeit. Es ist die Frage entstanden, ob, wenn ein Krankenrentenempfänger stirbt und seinen Hinterbliebenen Hinterbliebenenrente zu gewähren ist, die Krankenrentenzeit als Beitragszeit angerechnet werden kann. Diese Frage ist jedenfalls dann zu verneinen, wenn lediglich Waisenrente bewilligt wird, denn § 1309 RVO. bestimmt nicht, daß die Anrechnung in diesen Fällen erfolgt und eine erweiternde Auslegung des § 1309, der den Charakter einer Ausnahmevorschrift hat, ist nicht zulässig. Dasselbe muß weiter auch gelten, wenn eine Witwenrente bewilligt wird. Denn die Witwenrente wird in diesen Fällen nicht „an Stelle" der Krankenrente bewilligt. § 1309 trifft vielmehr Bestimmungen für den Fall, daß an Stelle einer Witwenkrankenrente eine Witwenrente bewilligt wird. Wird nach dem Tode eines Krankenrentenempfängers eine Witwenrente bewilligt, so hat die Witwenrente der Witwe mit der Krankenrente des Verstorbenen nichts zu tun. Die Witwenrente wäre auch bewilligt, wenn der Verstorbene keine Krankenrente bezogen hätte, sie ist also nicht an Stelle der letzteren getreten.

10. **§ 1313 Nr. 1 RVO. Auch Waisenrenten ruhen.** Nach § 1313 Nr. 1 RVO. ruht die Rente, solange der Berechtigte sich freiwillig gewöhnlich im Auslande aufhält. Es fragt sich, ob hiernach auch Waisenrenten ruhen. Bei den Waisenrenten sind die Waisen die Berechtigten und diese halten sich nicht freiwillig im Ausland auf, vielmehr entscheidet über den Aufenthalt im Auslande der gesetzliche Vertreter, Man könnte also sagen, daß bei den Waisenrenten die Voraussetzungen des § 1313 Nr. 1 RVO. nicht erfüllt seien. Diese Auslegung wäre indessen nicht zutreffend. Wie sich aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes ergibt, soll unter einem unfreiwilligen Aufenthalt im Auslande ein solcher verstanden werden, der durch die zuständigen Behörden erzwungen wird. Als freiwillig ist der Aufenthalt im Auslande also nicht nur dann anzusehen, wenn er auf dem Willen des Berechtigten selbst beruht, vielmehr ist der Wille seines gesetzlichen Vertreters ausreichend. So auch der Heymannsche Kommentar Bd. IV § 1313 Anm. 5. Daß die Auffassung richtig ist, ergibt sich in einer jeden Zweifel ausschließenden Weise daraus, daß nach § 1316 im Falle des § 1313 Nr. 1 auch beim Bezuge von Waisenrente Abfindung stattzufinden hat.

Zur Frage der Ausgestaltung gemeinsamer Ortskrankenkassen.

Von Regierungsrat **Krause**, Direktor des gemeinsamen Oberversicherungsamts zu Gera.

1. Wesen der Ausgestaltung.

Aus §§ 234, 239, 240 Ziff. 2 und 3 RVO. folgt, daß für den Bezirk jedes Versicherungsamts (mindestens) eine allgemeine Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse bestehen muß. Diese Krankenkassen werden nach § 226 „errichtet". Gestattet ist nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO., daß bereits vorhandene gemeinsame Ortskrankenkassen unter gewissen Voraussetzungen zu allgemeinen Ortskrankenkassen „ausgestaltet" werden. Diese Ausgestaltung bedeutet aber nur eine Form der Errichtung, eine für die Uebergangszeit zugelassene Vereinfachung der Errichtung durch Benutzung

Digitized by Google

eines schon vorhandenen Unterbaus. Sie ist tatsächlich „Errichtung" einer allgemeinen Ortskrankenkasse. Wäre sie nicht Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse, dann könnte die ausgestaltete Kasse nur als „besondere Ortskrankenkasse" weiter bestehen, dann müßte aber „neben" ihr (§ 239) noch eine allgemeine Ortskrankenkasse errichtet werden. Das will ja aber Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. gerade nicht.

2. Zulassungsantrag.

Die ausgestaltete Kasse besteht also nicht als besondere Kasse fort. Daraus folgt, daß sie auch nicht nach Art. 17 Einf.Ges. z. RVO. einen Zulassungsantrag[1]) zu stellen braucht, und weiter, daß auch gemeinsame Ortskrankenkassen, die innerhalb der Frist des Art. 17 Einf.Ges. z. RVO. und des Art. 6 der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 keinen Zulassungsantrag gestellt haben, noch ausgestaltet werden dürfen; denn für die Ausgestaltung ist weder ein Antrag noch die Innehaltung einer Frist zur Stellung eines Antrags vorgeschrieben. (Ebenso Hahn in Arb.-Versorgg. 30 S. 99.) Da die ausgestaltete gemeinsame Ortskrankenkasse nicht eine besondere Ortskrankenkasse bleibt, muß sie aufhören, in ihrer früheren Form weiter zu bestehen. Sie geht in der auf ihrem Unterbau aufgebauten allgemeinen Ortskrankenkasse unter. Der Ausgestaltungsbeschluß enthält unausgesprochen gleichzeitig die Anordnung, daß mit Beginn des 1. Januar 1914 die Kasse aufhört, als gemeinsame Ortskrankenkasse (im Sinne des bisherigen Rechts) zu existieren.

3. Wer nimmt die Ausgestaltung vor?

Ist die Ausgestaltung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse zur allgemeinen Ortskrankenkasse die Form einer Errichtung der letzteren, so ist der Ausdruck des Gesetzes, wonach die Kasse ausgestaltet werden kann (Art. 15 Einf.Ges. z. RVO.) der dem § 231 RVO. entsprechende, wonach sie errichtet wird, und das Gesetz läßt nicht, wie Hahn in Arb.-Versorgg. 30 S. 98 meint, völlig unklar, von wem und wie die Ausgestaltung zu bewirken ist: Die Errichtung allgemein, also auch die Errichtung durch Ausgestaltung erfolgt durch den Gemeindeverband (§ 231), das Oberversicherungsamt und das Versicherungsamt (§§ 232, 233), und es ist nicht erforderlich, daß die gemeinsame Ortskrankenkasse, wie die Begründung sich ausdrückt, „sich ausgestaltet", d. h. selbst die zur Ausgestaltung notwendigen Schritte tut, wiewohl ihre Mitwirkung oft erwünscht sein mag. Wenn die Begründung abweicht, so ist sie sich hier selbst nicht klar darüber geworden, was die Ausgestaltung versicherungstechnisch ist, und es kann die irrige Ansicht der Begründung nicht zu Schlußfolgerungen benutzt werden; denn die von einer irrigen Voraussetzung ausgehenden Schlußfolgerungen müssen zu falschen Ergebnissen führen. (Ueberdies hat Hahn in Arb.-Versorgg. 30 S. 98 bereits nachgewiesen, daß auch in anderer Hinsicht diese Begründung fehlerhaft ist.)

4. Ausgestaltung gegen den Willen der Kasse.

Kann hiernach eine gemeinsame Ortskrankenkasse von den zur Errichtung allgemeiner Ortskrankenkassen berufenen Stellen ausgestaltet werden, wenn sie ihre Zulassung als besondere Ortskrankenkasse nicht beantragt hat, so folgt daraus, daß sie auch wider ihren Willen ausgestaltet werden kann. Denn — abgesehen von den Fällen, wo ein versehentliches Unterlassen des Antrags auf Zulassung als besondere Ortskrankenkasse vorliegt — die bewußte Unterlassung des letztgedachten Antrags ist gleichzeitig der Ausdruck, daß die Kasse mit Ablauf des 31. Dezembers 1913 geschlossen werden wolle. Und dies Ergebnis ist nur zu begrüßen. Die Allgemeinheit hat, wie Treutlein in Arb.-Versorgg. 29 S. 717 sehr richtig betont, ein Recht auf die Ausgestaltung der Kasse, welches deren Sonderwünschen unbedingt vorgeht.

5. Recht auf Ausgestaltung.

Ein Recht auf Ausgestaltung steht einer gemeinsamen Ortskrankenkasse nicht zu. Die oben genannten, mit der Errichtung allgemeiner Ortskrankenkassen betrauten Faktoren haben zu prüfen, auf welchem Wege sie die

[1]) Daß die Ausgestaltung etwas ganz anderes als die Zulassung und von dieser unabhängig ist, ergibt sich aus ihrer Stellung im Gesetz: sie ist in Art. 15 für sich behandelt, dann folgt Art. 16, der mit der Zulassung nichts zu tun hat, und schließlich erst Art. 17 ff. über die Zulassung.

Digitized by Google

allgemeine Ortskrankenkasse errichten wollen, ob durch Neuerrichtung oder durch Ausgestaltung.

6. Mitwirkung des Oberversicherungsamts.

Irrig ist die Meinung Hahns, daß auch im Falle des Art. 15 Abs. 1 Einf.Ges. z. RVO. erforderlich sei, daß das Oberversicherungsamt der Ausgestaltung ausdrücklich zustimme oder doch nicht widerspreche. Denn wenn, wie wir sahen, die Ausgestaltung nur eine für die Uebergangszeit zugelassene Art der Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse ist, so kommt auch durch Ausgestaltung der Gemeindeverband der ihm nach § 231 RVO. obliegenden Verpflichtung nach und das Oberversicherungsamt ist nicht berechtigt, bei rechtzeitiger Ausgestaltung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse die Neuerrichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse anzuordnen, (soweit nicht aus Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. etwas anderes folgt).

7. Mitwirkung der Generalversammlung der auszugestaltenden Kasse.

Nicht zustimmen kann ich nach dem Ausgeführten auch der Meinung Hahns (Arb.-Versorgg. 30 S. 100), daß bei der Ausgestaltung übereinstimmende Beschlüsse zu fassen sind von dem Gemeindeverbande und der Generalversammlung der Krankenkasse. Letztere hat auszuscheiden. Die Satzung auszugestaltender Krankenkassen wird, wenn es richtig ist, daß die Ausgestaltung nur die zugelassene Form der Kassenerrichtung ist, nach § 320 RVO. vom Gemeindeverband (ev. vom Versicherungsamt) errichtet, und zwar, wie sich eben aus dem Zweck der Ausgestaltung (Erleichterung der Errichtung) und der Wahl des Ausdrucks „Ausgestaltung" ergibt, unter tunlichster Zugrundelegung der alten Satzung und der sonstigen Kasseneinrichtungen. Es ist also auch nicht etwa die Satzungsänderung nach § 36 Nr. 3 KVG. zu beschließen. Nach Art. 1 der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 ist § 320 RVO. bereits am 5. Juli 1912 in Kraft getreten. Die Satzungserrichtung erfolgt auch da, wo die Errichtung der allgemeinen Ortskrankenkasse durch Ausgestaltung einer bestehenden gemeinsamen Ortskrankenkasse geschieht, bevor die Kasse ins Leben tritt, auf dem im § 320 vorgezeichneten Wege. Art. 18, 19 Einf.Ges. z. RVO. findet keine Anwendung, da es sich ja nicht um Zulassung handelt, demnach auch nicht § 36 KVG.; für die Zulassung bestehender Kassen sind aber Art. 18 und 19 notwendig gewesen; denn die Zulassung einer bestehenden Kasse ist keine Errichtung einer neuen Kasse.

Wenn der Erlaß der preußischen Minister für Handel und für Landwirtschaft vom 4. November 1912 unter II 1 und 2 und ähnliche Erlasse der Ministerien anderer Bundesstaaten mit vorstehenden Ergebnissen in Widerspruch stehende Anordnungen geben, z. B. in bezug auf die Beschlußfassung über Satzungsänderungen durch die Generalversammlung zwecks Ausgestaltung, in bezug auf Notwendigkeit des Antrages auf Zulassung als besondere Ortskrankenkasse vor der Ausgestaltung usw., so beruht dies auf einer den tatsächlichen Verhältnissen nicht Rechnung tragenden Anschauung über das, was die Ausgestaltung rechtlich ist, nämlich darüber, daß die Ausgestaltung nichts als eine Errichtungsform ist, und auf Anwendung von in der Begründung enthaltenen Sätzen, die aber nicht im Gesetze selbst zum Ausdruck gekommen sind.

8. Räumliche Ausdehnung auszugestaltender gemeinsamer Ortskrankenkassen.

In Arb.-Versorgg. 30 S. 101 vertritt Hahn die Ansicht, daß Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. auch auf den Fall bezogen werden dürfe, daß eine Kasse nur für einen großen Teil des Bezirks, für den eine allgemeine Ortskrankenkasse zu schaffen ist, besteht, und daß sie „eben deshalb" zwar nicht alle, aber doch einen großen Teil der Versicherungspflichtigen des Bezirks umfaßt. Ich vermag dieser Anschauung nicht beizutreten. Aus den Worten „eben deshalb" ergibt sich der Weg, auf welchen Hahn zu seinem Ergebnis gelangt ist. Er schließt: Weil die gemeinsame Ortskrankenkasse nur einen großen Teil des Bezirks umfaßt, deshalb umfaßt sie nicht alle, sondern nur einen großen Teil der Versicherungspflichtigen des für die künftige allgemeine Ortskrankenkasse ins Auge gefaßten Bezirks. Er geht also von dem aus, was erst zu beweisen ist. Die Begründung des Entwurfs

Digitized by Google

weist aber einen ganz anderen Weg. Sie sagt: „In einem Bezirke, wo eine große Ortskrankenkasse schon besteht, die bereits die Mehrheit aller jetzt Ortskassenpflichtigen umfaßt, wo aber daneben noch einige kleine Ortskrankenkassen für bestimmte Berufe vorhanden sind, wird es vielfach das einfachste sein, die große Kasse zu einer allgemeinen Ortskrankenkasse zu erweitern und jene kleine Kassen eingehen zu lassen oder mit ihr zu verschmelzen." Sie sagt also mit anderen Worten: Weil noch einige kleine Ortskrankenkassen für bestimmte Berufe im Bezirke der auszugestaltenden gemeinsamen Ortskrankenkasse vorhanden sind, deshalb umfaßt die letztere nur einen großen Teil (nicht alle) der jetzt Ortskassenpflichtigen. Sie geht also davon aus, daß die auszugestaltende gemeinsame Ortskrankenkasse nur deswegen, weil bestimmte Berufe ihre eigene Kasse haben und die Angehörigen dieser Berufe deshalb nicht bei ihr versichert sind, nicht alle Ortskassenpflichtigen umfaßt, nicht also davon, daß die Ortskassenpflichtigen ihr deshalb nicht angehören, weil sie in den Bezirk einer räumlich verschiedenen Kasse gehören. Daraus folgt, daß die Begründung annimmt, daß die außer der auszugestaltenden noch bestehenden Ortskrankenkassen für bestimmte Berufe in demselben räumlichen Bezirke vorhanden sind, in welchem die auszugestaltende Kasse besteht, daß also die nach Art. 15 Abs. 2 auszugestaltende gemeinsame Kasse räumlich denselben Bezirk umfassen soll, wie die aus ihrer Ausgestaltung hervorgehende künftige allgemeine Ortskrankenkasse.

Aber wenn man der Begründung, die, wie schon oben gesagt, widerspruchsvoll ist, nicht ausschlagendes Gewicht für Auslegung der Streitfrage beilegen will, so kommt man doch auch auf Grund des Wortlauts der Vorschrift zu demselben Ergebnis. Der Unterschied zwischen Abs. 1 und 2 des Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. liegt lediglich in den Worten „alle" und „einen großen Teil". Wenn nun im Falle des Abs. 1 der Bezirk, dessen gemeinsame Ortskrankenkasse ausgestaltet werden soll, schon jetzt alle nach dem Krankenversicherungsgesetz Versicherungspflichtigen des Bezirks der künftigen allgemeinen Ortskrankenkasse umfaßt, so muß er schon jetzt räumlich mit ihm zusammenfallen. Gilt dies aber für Abs. 1, so muß für Abs. 2, wo der Begriff „Bezirk" im gleichen Sinne wie der des Abs. 1 gebraucht wird, das gleiche angenommen werden, d. h. eine gemeinsame Ortskrankenkasse kann (mit Genehmigung des Oberversicherungsamts) auch dann zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet werden, wenn der Bezirk der ersteren sich zwar mit dem der zu errichtenden allgemeinen Ortskrankenkasse schon deckt, aber ihr Mitgliederkreis nicht alle nach dem Krankenversicherungsgesetz Versicherungspflichtigen, sondern nur einen großen Teil derselben umfaßt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Beim Ersatz der Aufwendungen für Angehörige eines Versicherten kommt nicht der Pauschsatz nach § 57 Abs. 5 KVG., sondern der wirkliche Aufwand in Betracht; dieser kann aber nach einer Durchschnittsberechnung festgestellt werden.

Entsch. d. **preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats vom 21. November 1912.

Der klagende Armenverband hat Frau Mathilde K., Ehefrau eines Mitgliedes der beklagten Kasse, in der Zeit vom 7. Dezember 1909 bis zum 6. Dezember 1910 in 91 Tagen, in der Zeit vom 7. Dezember 1910 bis zum 14. Februar 1911 in 61 Tagen in einer Provinzial-Heilanstalt verpflegt, und verlangt von der Beklagten Erstattung der in den Verpflegungskosten enthaltenen Aufwendungen für ärztliche Behandlung und Arznei. Er stellt Durchschnittssätze in Rechnung, die er bezüglich der ärztlichen Behandlung aus der Gesamtausgabe für die Besoldung von Ärzten und Pflegepersonal, bezüglich der Arznei aus den Gesamtkosten für Besoldung eines Apothekers, Arznei und Verbandmittel, ärztliche Instrumente und Extraverordnungen, und aus der Zahl der Verpflegungstage errechnet und für das Rechnungsjahr 1909 auf 50 + 7, für das Rechnungsjahr 1910 auf 54 + 7 Pf. auf den Verpflegungstag berechnet. Bei 70 Verpflegungstagen im Rechnungsjahr 1909 — das Rechnungsjahr ist offenbar beim Kläger der Zeitraum vom 1. April bis zum 31. März — und bei 82 im Rechnungsjahr 1910 beansprucht der Kläger 89,92 M. mit 4% Zinsen seit Klagezustellung. Der Vorderrichter hat sie ihm zugesprochen. Die beklagte Krankenkasse hat Revision eingelegt, der stattgegeben wurde. **Gründe:**

Die Revision der Beklagten ist begründet. Zwar irrt die Beklagte darin, daß sie meint, die Be-

Digitized by Google

rechnung der Aufwendungen für ärztliche Behandlung und Arznei dürfe grundsätzlich niemals nach Durchschnittssätzen aufgestellt werden, wenn es sich um Aufwendungen für Angehörige von Kassenmitgliedern handelt. Diese Auffassung ist weder in der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts, auf die die Beklagte sich stützt, vertreten, noch eine notwendige Folge aus dem darin aufgestellten Satz, daß für den Ersatz der den Angehörigen von Kassenmitgliedern zugewendeten Unterstützungen das Pauschquantum des § 57 Abs. 5 KVG. nicht in Betracht kommt. Eine jeden Pfennig nachweisende Berechnung der auf den einzelnen Krankheitsfall treffenden Behandlungs- und Arzneikosten würde an sich nur teilweise möglich sein und kann, soweit möglich, von den beteiligten Anstalten mit Rücksicht auf ihre Aufgaben und ihre Bedeutung als Korporationen des öffentlichen Rechts nicht verlangt werden. Die vom Kläger aufgestellte Durchschnittsrechnung ist deshalb an sich sachgemäß und zulässig.

Mit Recht rügt aber die Beklagte, daß die Berechnung unrichtig aufgemacht ist. Die Besoldung des Pflegepersonals gehört nicht zu den Kosten der ärztlichen Behandlung. Diesen Begriff erfüllen nach dem Krankenversicherungsgesetz die Leistungen von Krankenpflegern und sonstigen Angehörigen der niederen Heilkunst nur insoweit, als diese Personen auf Anweisung oder unter Anleitung des Arztes Verrichtungen vornehmen, die an sich dem Tätigkeitsgebiet des Arztes selbst angehören (zu vgl. Jahn Anm. 2b zu § 6 KVG. Rosin, Recht der Arbeiterversicherung Bd. 1 S. 377 unter c). Demgemäß hat das Oberverwaltungsgericht in seiner Entscheidung vom 1. Februar 1909, Arb.-Versorgg. 1909 S. 580, bereits ausgesprochen, daß „die Kosten der ärztlichen Leistungen aus den Gesamtkosten des Unterhaltes und der Behandlung auszusondern" sind. Daß die Gehälter des Pflegepersonals mit den Kosten der Einzelpflege nicht in Verbindung stehen, ändert daran nichts, denn nicht alle Generalunkosten sind Kosten der ärztlichen Behandlung.

Die Vorentscheidung ist daher aufzuheben.

Bei freier Prüfung ist unbedenklich als zulässig anzuerkennen, daß bei der Berechnung des Durchschnittes der Arzneikosten auch die Extraverordnungen berücksichtigt worden sind. Die Beklagte hat das nicht bemängelt, und man würde sonst doch wieder zu der Notwendigkeit einer übergroßen Zahl kleinlicher Einzelbuchungen kommen. Ebenso unbedenklich ist von der Richtigkeit der vom Landeshauptmann der Berechnung zugrunde gelegten Zahlen auszugehen. Amtliche, auf amtliches Zahlenmaterial gestützte Erklärungen von Behörden können nicht durch bloßes Bestreiten ohne Begründung und Beweisantritt beseitigt werden. Danach stellen sich die Kosten für die ärztliche Behandlung im Rechnungsjahr 1909 auf 38485,14 M.: 338251 oder auf 0,1137 M., rund 11,4 Pf. auf den Tag, auf 7,98 M. für 70 Tage, im Rechnungsjahr 1910 auf 49222 M.: 379600 oder auf 12,97, rund 13 Pf. auf den Tag, 10,66 M. für 82 Tage, die Gesamtausgaben für ärztliche Behandlung und Arznei auf 7,98 + 4,90 + 10,66 + 5,74 = 29,28 M.

Einweisung ins Krankenhaus unter Beschränkung der Haftung auf einen Teil der Kosten ist ungesetzlich und berechtigt die Aufsichtsbehörde zum Einschreiten nach § 45 KVG.

Urteil des **preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 2. Dezember 1912.

Am 1. April 1910 haben die städtischen Behörden in Z. die täglichen Verpflegungssätze für die im dortigen städtischen Krankenhause untergebrachten Kranken der dritten Klasse aus der Stadt Z. auf 2,20 M., für Auswärtige auf 3,20 M. festgesetzt. Die Krankenkassen in Z. haben demnach für diejenigen dem gedachten Krankenhause überwiesenen Kassenmitglieder, die in der Stadt beschäftigt sind, aber auswärts wohnen, für den Tag 3,20 M. an Verpflegungskosten zu zahlen. Infolgedessen hat der Vorstand der klagenden Kasse auf die Krankenhausaufnahmescheine für von den Kassenärzten der Krankenhausbehandlung bedürftig erklärte auswärtige Mitglieder wiederholt einen Vorbehalt des Inhalts gesetzt, daß die Kasse die Kurkosten mit 2,20 M. für den Verpflegungstag tragen werde.

Mit Rücksicht hierauf gab die Aufsichtsbehörde dem Kassenvorstande bei Vermeidung einer Ordnungsstrafe von 10 M. für jeden Zuwiderhandlungsfall auf, künftig diesen Vorbehalt auf den Krankenaufnahmescheinen fortzulassen. Eine hiergegen erhobene Beschwerde wies der Regierungspräsident zurück. Gleichwohl verfuhr die Kasse in einem neuen Falle wiederum wie früher. Nunmehr setzte die Aufsichtsbehörde die Ordnungsstrafe fest und drohte für weitere Zuwiderhandlungen eine Strafe von je 100 M. an. Die hiergegen erhobene Klage wurde vom Bezirksausschuß zurückgewiesen. Auch die beim Oberverwaltungsgericht eingelegte Revision hatte keinen Erfolg. **Gründe:**

Das Vorgehen der Aufsichtsbehörde stützt sich auf den § 45 Abs. 1 KVG. Dieser lautet:

„Die Aufsichtsbehörde überwacht die Befolgung der gesetzlichen und statutarischen Vorschriften und kann dieselbe durch Androhung, Festsetzung und Vollstreckung von Ordnungsstrafen gegen die Mitglieder des Kassenvorstandes erzwingen.

Danach ist die angefochtene Verfügung nur dann berechtigt, wenn in den Zusätzen des bemängelten Vorbehaltes in die Aufnahmescheine ein Zuwiderhandeln gegen das Statut oder das Gesetz — und zwar kann hier nach Lage der Verhältnisse nur das KVG. selbst in Frage kommen — liegt. Das ist in der Tat der Fall.

Die Kasse ist natürlich im Verhältnis zur Verwaltung des Krankenhauses, dem sie Kassenmitglieder zu überweisen wünscht, nicht gehindert, sich die Bewilligung eines ihr angemessen scheinenden Preises auszubedingen und die Einweisung von Kassen-

Digitized by Google

mitgliedern in das Krankenhaus, sei es allgemein, sei es in einzelnen Fällen, von entsprechenden Zugeständnissen der Krankenhaus-Verwaltung abhängig zu machen; und wenn die vom Beklagten beanstandeten Überweisungsscheine mit der Haftungsbeschränkung lediglich ein an die Krankenhaus-Verwaltung gerichtetes, die Rechtslage der Empfänger der Scheine der Kasse gegenüber nicht berührendes Vertragsangebot enthielten, so würde gegen die Scheine nichts einzuwenden sein. So kann aber deren Bedeutung nicht aufgefaßt werden. Nach der Lage der Sache und den Erklärungen der beklagten Kasse kann nicht bezweifelt werden, daß durch Aushändigung der Scheine an die Versicherten deren Einweisung in das Krankenhaus ausgesprochen, also seitens der Kasse von dem Wahlrecht des § 7 KVG. Gebrauch gemacht, Anstaltsbehandlung an Stelle der Leistungen des § 6 des KVG. gewährt, diese Gewährung aber an eine den Wert der Leistung ganz wesentlich einschränkende Bedingung geknüpft werden sollte, die im Ergebnis auf eine teilweise Verweigerung hinauskommt. Diese Bedingung mit dem Urteil des Bayrischen Verwaltungsgerichtshofs vom 9. Dezember 1901, Arb.-Versorgg. 1902 S. 642, als nicht geschrieben anzusehen, ist nicht möglich, denn es ist klar, daß damit der Erklärung der Kasse ein Sinn beigelegt werden würde, den sie nach der Absicht der Ausstellerin nicht hat. Ist aber die Aushändigung des mit dem streitigen Vermerk versehenen Überweisungsscheins an das Kassenmitglied als Ausübung des Wahlrechts des § 7 des KVG. ihm gegenüber unter gleichzeitiger Ablehnung eines Teils der daraus entspringenden Verpflichtungen zur Zahlung der Kosten aufzufassen, so steht solchem Verfahren der Kasse in der Tat die Erwägung des angefochtenen Urteils entgegen, daß die Kasse zwar hinsichtlich dieser Überweisung auf Grund freien Ermessens handelt und einer Anweisung seitens der Aufsichtsbehörde nicht unterliegt, ihr dagegen nicht freisteht, anstelle der in § 13 des Statuts und § 6 des KVG. normierten Leistungen eine nur teilweise freie Kur und Verpflegung im Krankenhause zu gewähren. Die Aushändigung der bedingten Überweisungsscheine ist alsdann aber nicht nur dahin zu beurteilen, daß die Kasse keine der beiden zu ihrer Wahl stehenden Leistungsformen angeboten, dies an sich nur nach § 58 Abs. 1 des KVG. nachzuprüfende Verhalten zur Verwaltungspraxis erhoben, und damit eine unter § 45 Abs. 1 des KVG. fallende Gesetzwidrigkeit begangen habe; sondern dahin, daß die Kasse den Versicherten statt dessen etwas anderes angeboten hat, was sie ihnen nach Gesetz und Statut nicht anbieten durfte. Denn sie darf nur entweder die Leistungen des § 6, oder „an Stelle" dieser Leistungen Anstaltspflege anbieten; dieses so gekennzeichnete Anbieten ist aber nur ein solches, welches dem betreffenden Kassenmitgliede keine weiteren Kosten aufbürdet, weil auch die Leistungen des § 6 in dieser Weise zu gewähren sind. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob an sich die Kasse befugt ist, die Gewährung der Anstaltspflege an Bedingungen zu knüpfen; jedenfalls darf sie keine Bedingungen stellen, die dem Gesetz zuwiderlaufen.

Leistungspflicht der Krankenkasse bei teilbaren Heilmitteln im Gesamtkostenbetrage von mehr als 20 M. — Zum Begriffe der „Notwendigkeit" eines Heilmittels.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 21. Oktober 1912.

In der Entscheidung des Gerichtshofes vom 19. Juni 1911 (Reger, Bd. 31 S. 326) ist ausdrücklich bemerkt, daß der Grundsatz, wonach bei im Kostenpunkte fehlender Aehnlichkeit die Erstattung des gesamten, für das Heilmittel vom erkrankten Kassenmitgliede aufgewendeten Betrages von der in Anspruch genommenen Versicherungseinrichtung abgelehnt werden kann, nur bezüglich solcher Heilmittel Anwendung zu finden hat, welche nach ihrer Art und Zweckbestimmung unteilbar sind und daß diese Voraussetzung dann nicht zutrifft, wenn das Heilmittel in Teilleistungen besteht, deren jeder für sich „ein selbständiger Gebrauchswert zukommt". Diese Auffassung hat auch in der Literatur — und zwar gerade in bezug auf Badekuren — Zustimmung gefunden (vgl. Hahn, Handb. d. Krankenversich., zu § 182 Ziff. 1 RVO. Anm. 5b S. 216, auch Arb.-Versorgg. Bd. 29 S. 381).

Die „Selbständigkeit des Gebrauchswerts" des einzelnen Bades ist insbesondere auch nicht aus dem Grunde zu verneinen, weil ein Heilerfolg erst nach Gebrauch einer größeren Anzahl von Bädern zu erwarten ist, denn auch in diesem Falle kommt jedes einzelne Bad für die Erzielung des angestrebten Heilerfolgs mit in Betracht.

In Fällen dieser Art besteht sohin für die Versicherungseinrichtungen — unter der Voraussetzung der Notwendigkeit des Gebrauches des jeweils in Betracht kommenden Heilmittels — allerdings die Verpflichtung, die Kosten des Heilmittels wenigstens bis zu dem vorerwähnten Höchstbetrage auf eigene Rechnung zu übernehmen.

Zu würdigen ist sohin noch, ob die Verordnung von Kohlensäurebädern als notwendig zu erachten ist, d. i. ob E. S. des Gebrauches dieser Bäder zur Behebung oder doch zur Linderung ihres Leidens (Herzerkrankung) füglich nicht entbehren konnte (vgl. die in dieser Streitsache bereits ergangene Entscheidung vom 15. November 1909, Arb.-Versorgg. 1910 S. 485, Reger 30, S. 59, insbes. S 63).

In dieser Beziehung weichen die vorliegenden ärztlichen Gutachten voneinander ab. . . .

Erwägt man, daß — abgesehen von den beiden ersten Kohlensäurebädern, die der E. S. bereits bei Beginn ihrer Krankheit von der Gemeindekrankenversicherung M. bewilligt worden waren — Dr. R. zur Verordnung der weiteren Bäder erst gegriffen

Digitized by Google

hat, nachdem in dem Befinden der E. S. trotz mehrwöchiger anderweiter Heilbehandlung eine Besserung nicht eingetreten war und zieht man ferner in Betracht, daß die Angemessenheit und Zweckdienlichkeit von Kohlensäurebädern im vorliegenden Falle auch vom Vertrauensarzte und dem Regierungsmedizinalreferenten nicht in Zweifel gezogen, sondern lediglich die Verordnung solcher Bäder nicht als unbedingt nötig bezeichnet wurde, so liegen nach Anschauung des Gerichtshofs genügende Gründe für die Annahme vor, daß bei der gegebenen Sachlage E. S. diese Bäder zur zweckentsprechenden Behandlung ihres Leidens füglich nicht entbehren konnte, daß sohin durch Anwendung dieses Heilmittels die Grenzen des „Notwendigen" immerhin nicht überschritten worden sind.

Dieser Auffassung steht insbesondere auch die Entscheidung des Gerichtshofs vom 26. Oktober 1903 (Arb.-Versorgg. 1904 S. 648, Reger 24, S. 317) nicht entgegen, denn in dem damals zur Entscheidung gestandenen Streitfalle handelte es sich um die Frage, ob Krankenkassen zur Uebernahme der Kosten der ärztlichen Behandlung auch in solchen Fällen als verpflichtet zu erachten sind, in denen die beanspruchte ärztliche Behandlung (sog. Radikaloperation eines nicht eingeklemmten Bruches) zurzeit überhaupt nicht erforderlich, sondern lediglich — behufs Fernhaltung etwaiger künftiger Gesundheitsgefährdungen — wünschenswert und rätlich war.

Im weiteren mag noch bemerkt sein, daß eine allzuenge Auffassung des Begriffs des „Notwendigen" auch nicht in Einklang mit der Absicht des Gesetzgebers gebracht werden könnte, die doch, wie aus § 6 des Gesetzes sich ergibt, dahin geht, erkrankten Kassenmitgliedern die erforderliche Hilfe in zureichendem Maße zu gewähren.

Allerdings gilt dies, wie bereits oben ausgeführt, bezüglich der „ähnlichen Heilmittel" — auch insoweit sie erforderlich sind — nur mit der Beschränkung auf einen Höchstsatz von etwa 20 M.; insoweit jedoch dieser Höchstsatz nicht überschritten wird, besteht kein Grund und auch keine gesetzliche Berechtigung, den Begriff des „Notwendigen" bezüglich der „ähnlichen Heilmittel" enger aufzufassen als bezüglich der sonstigen Leistungen im Sinne des § 6 Ziff. 1 KVG. Der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen ist aber gerade durch Festsetzung eines Höchstsatzes für ihre Unterstützungspflicht genügend Rechnung getragen.

(Reger.)

B. Zur Unfallversicherung.

Voraussetzung der Aszendentenrente (§ 18 GUVG., § 593 RVO.).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Februar 1913.

Der Klägerin würde ein Anspruch auf Aszendentenrente nur zustehen, wenn ihr tödlich verunglückter Sohn Gottfried bis zu seinem Tode ihren Lebensunterhalt ganz oder überwiegend bestritten hätte. Ein Nachweis hierfür ist nicht erbracht. Gottfried D. hat im letzten Jahre vor seinem tödlichen Unfalle im ganzen 897,80 M. verdient und zwar:

vom 28. Oktober 1909 bis zum 1. Januar 1910	241,80 M.,
vom 1. Januar 1910 bis zum 22. März 1910	323,78 „
vom 1. August 1910 bis zum 28. Oktober 1910	332,22 „
	897,80 M.

Während vier Monaten befand er sich in Strafhaft. Der Sohn Gottfried hat, wie angenommen werden kann, seinen ganzen Verdienst an die Klägerin abgeführt und ist dafür von ihr unterhalten worden. Welchen Verdienst der andere Sohn der Klägerin, Wilhelm D., in der Zeit vom 28. Oktober 1909 bis zum 28. Oktober 1910 erzielt hat, hat sich nicht genau ermitteln lassen. Aus den Bescheinigungen über die Endzahlen aus der Aufrechnung der Quittungskarten Nr. 2 und 3 ergibt sich jedoch, daß Wilhelm D. in der Zeit vom 1. März 1908 bis zum 27. Dezember 1909 78 Marken der Klasse 4 und 3 Marken der Klasse 5, im ganzen also 81 Marken, und in der Zeit vom 28. Dezember 1909 bis zum 22. September 1911 39 Marken der 4. Klasse und 28 Marken der Klasse 5 verwendet hat. Daraus ist zu entnehmen, daß W. D. in der Zeit vom 1. März 1909 bis zum 22. September 1911 $8 + 14 = 22$ Wochen, im Durchschnitt daher im Jahre etwa 6 Wochen Lohnarbeit nicht verrichtet hat. Wilhelm D. würde also in der Zeit vom 28. Oktober 1909 bis zum 28. Oktober 1910 10 Wochen länger gearbeitet haben, als sein verstorbener Bruder Gottfried, da dieser sich 4 Monate in Strafhaft befand. Berücksichtigt man ferner, daß Wilhelm D. Marken der Klassen 4 und 5 verwendet hat, so muß sein Verdienst dem seines verstorbenen Bruders Gottfried gleich gewesen sein. Auch Wilhelm D. hat seinen ganzen Verdienst an seine Mutter abgeführt und ist von ihr dafür unterhalten worden. Außerdem hat auch die Tochter der Klägerin Franziska D. im Jahre 1910 täglich 2,55 M. verdient und an ihre Mutter gegen Gewährung des freien Unterhalts abgeführt. Rechnet man die Kosten, die der Klägerin der Unterhalt ihrer Kinder Gottfried, Wilhelm und Franziska verursacht hat, von den Zuwendungen ab, die ihr diese Kinder in der Zeit

Digitized by Google

vom 28. Oktober 1909 bis zum 28. Oktober 1910 gemacht haben, so ergibt sich, daß die Zuwendungen des Wilhelm und der Franziska D. zusammengenommen jedenfalls höher waren, als die Zuwendungen des Gottfried. Gottfried D. hat daher den Lebensunterhalt der Klägerin nicht überwiegend bestritten. Der Klägerin steht deshalb kein Anspruch auf Aszendentenrente zu und ihr Rekurs war somit schon aus diesem Grunde zurückzuweisen.

Stellt die Nichteinführung einer von der Berufsgenossenschaft dringend empfohlenen, jedoch nicht angeordneten Schutzvorrichtung ein Verschulden im Sinne des § 136 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes dar?

Entscheidung des **Reichsgerichts**, 6. Zivilsenat vom 18. November 1912.

Der Verletzte hatte im Betrieb einer Maschinenschreinerei dadurch einen Unfall erlitten, daß er mit der rechten Hand in den Schlitz des Hobeltisches geriet, wobei ihm die die Hobelmesser tragende vierkantige Hobelwelle vier Finger der rechten Hand abschnitt. Die entschädigungspflichtige Holz-Berufsgenossenschaft hatte während der beiden letzten dem Unfall voraufgehenden Jahre in drei an die Betriebsunternehmer gerichteten, zeitlich getrennten Rundschreiben eindringlich auf die Betriebsgefährlichkeit der Vierkantwellen hingewiesen und dringend empfohlen, runde, solche Betriebsunfälle ausschließende sogenannte Sicherheitswellen einzuführen. Da der Unternehmer das nicht getan hatte, forderte die Berufsgenossenschaft für die dem Verletzten von ihr gewährten gesetzlichen Leistungen von ihm Ersatz auf Grund des § 136 GUVG. Das Reichsgericht hat ihren Anspruch im Revisionsverfahren abgewiesen. In den Gründen des Urteils wird ausgeführt:

Der Annahme eines Verschuldens auf seiten des Beklagten kann nicht beigetreten werden, auch dann nicht, wenn der Beklagte von allen drei Rundschreiben vollinhaltlich Kenntnis genommen hat. Wie bereits das im Strafverfahren gegen ihn ergangene Urteil zutreffend ausgeführt hat, war vom Beklagten, einem einfachen Handwerksmeister, eine selbständige Beurteilung und Erprobung einer Maschine auf ihre Gefährlichkeit, eine Erkundigung hierwegen und eine alsbaldige Beseitigung derselben zum Zwecke der Unfallverhütung nicht zu erwarten. Vielmehr ist ein Gewerbetreibender in diesen Verhältnissen im wesentlichen darauf angewiesen, sich nach den Weisungen der Gewerbeinspektions- und der Unfallversicherungsorgane zu richten.

Nun ist für Berufsgenossenschaften der für Anordnungen, die der Unfallverhütung dienen, gegebene Weg (§ 112 GUVG.) die Erlassung von Unfallverhütungsvorschriften, die regelmäßig eine für den Betriebsunternehmer schlechthin verbindliche, ein eigenes abweichendes Ermessen ausschließende Norm darstellen. Statt dessen hat im vorliegenden Falle die Berufsgenossenschaft die abgeschwächte Form eines Rundschreibens gewählt, dem inhaltlich nicht mehr als der Charakter einer Ratserteilung und Belehrung zuerkannt werden kann. War diese auch von eingehenden technischen und sonstigen Darlegungen begleitet, die wohl geeignet erscheinen, einem auf das Wohl seiner Arbeiter bedachten Unternehmer den gewünschten Eindruck zu machen, so enthalten sie nichtsdestoweniger kein bestimmtes Gebot, das Befolgung forderte, sondern höchstens dringliche Wünsche der Berufsgenossenschaftsorgane, für deren Erfüllung sogar besondere Vorteile (Nachlaß am Umlagebeitrag) zuzusichern für nötig erachtet wurde. Nimmt man hinzu, daß der Gewerbeinspektionsbeamte noch bei der Revision etwa sechs Wochen vor dem Unfall den Gebrauch der vierkantigen Welle nicht beanstandet und die Rundwelle, wie auch die Klägerin anerkannt hat, mit wenn auch minder erheblichen Unbequemlichkeiten im Gebrauche verbunden ist, so kann bei dieser Sachlage darin, daß der Beklagte am 26. Januar 1910 die Rundwelle noch nicht angeschafft und in Gebrauch genommen hatte, ein Verschulden der im § 136 GUVG. bezeichneten Art nicht gefunden werden.

Voraussetzung des Anspruchs auf Aszendentenrente.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 4. März 1913.

Was die Anwendung des § 18 GUVG. betrifft, so fragt es sich zunächst, ob der Verstorbene den Lebensunterhalt des Klägers ganz oder überwiegend bestritten hat. Dies war nach eingehender Würdigung des gesamten Akteninhalts zu verneinen. Der Sohn hat nach den Auskünften des Gemeindevorstehers bis zum 14. Juni 1909 bei seinem Vater als Drechsler gearbeitet, jedoch an Stelle des Lohnes lediglich Naturalien, Kost und Wohnung erhalten. Hierdurch hat er seinen Eltern nur wenig zugewendet. Der Kläger hat in dieser Zeit, wie er selbst zugibt, täglich 2 M. verdient. Ob er außerdem von drei Töchtern, die damals Dienstmädchen gewesen sein sollen, unterstützt worden ist, kann dahingestellt bleiben. Vom 14. Juni 1909 ab war der Verstorbene auf einem Hochofenwerk in H. gegen einen Tagelohn von 4,83 M. beschäftigt. Er hat in den sechs Wochen bis zu seinem Tode nur einmal, nämlich einen Tag vor diesem an seinen Vater 50 M. gesandt. Unter seinen von ihm zurückgelassenen Sachen ist noch sein Portemonnaie mit 64 M. gefunden worden, die der Kläger persönlich auf der Gewerkschaft nachträglich abgehoben hat. Aus alledem ergibt sich, daß der Verstorbene den Lebensunterhalt

Digitized by Google

des Vaters nicht überwiegend bestritten hat. Auch das zur Anwendung des § 18 a. a. O. notwendige Erfordernis der Bedürftigkeit ist nicht gegeben. Der Kläger hat selbst täglich 2 M. verdient und auch durch seinen Grundbesitz ein gewisses Einkommen. Seinem Rekurse war hiernach der Erfolg zu versagen.

Anmerkung: Es wäre zu erwägen gewesen, ob nicht das Reichsversicherungsamt auf Grund des Art. 60 Einf Ges. z. RVO. die günstigere neue Vorschrift des § 593 RVO. anwenden mußte, wonach es schon genügt, daß der Verstorbene den Kläger „wesentlich" unterstützt hat. Die Frage wäre freilich zu verneinen. Denn Art. 60 setzt voraus, daß ein Entschädigungsanspruch des klagenden Aszendenten überhaupt schon nach altem Rechte bestanden hat, und dies war eben nicht der Fall, wenn der Verstorbene den Lebensunterhalt des Klägers nicht „ganz oder überwiegend" bestritten hatte.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Der Uebergang des Schadenersatzanspruchs nach § 54 IVG. umfaßt auch das Schmerzensgeld. Aufrechnung des Schadenersatzes gegen den Rentenanspruch ungeachtet eines Vergleichs zwischen dem Versicherten und dem Dritten.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 2. April 1912.

Zunächst ist die von den Parteien auch anerkannte Zuständigkeit der Rentenfeststellungsinstanzen zur Entscheidung der vorliegenden Streitsache zu bejahen. Es handelt sich um die Frage, inwieweit die 3500 M., die die Aktiengesellschaft der C.-B.er Kreisbahnen dem Kläger als Ersatz des ihm durch seinen Unfall vom 17. November 1906 entstandenen Schadens vergleichsweise gezahlt hat, nach §§ 54, 55 Abs. 2 IVG. gegen seinen Rentenanspruch aufgerechnet werden können. Allerdings unterliegt eine auf § 54 IVG. gestützte Gegenforderung der Versicherungsanstalt grundsätzlich der Prüfung der ordentlichen Gerichte und kann zur Aufrechnung nach § 55 Abs. 2 nur dann zugelassen werden, wenn sie anerkannt oder vom ordentlichen Gericht festgestellt ist (zu vgl. Rev.Entsch. 1519, Reger Bd. 30 Bl. S. 116). Im vorliegenden Falle hat aber das Oberlandesgericht in C. bereits festgestellt, daß dem Kläger eine Schadenersatzforderung gegen die Aktiengesellschaft der C.-B.er Kreisbahnen zustand und nach § 54 IVG. auf die beklagte Versicherungsanstalt übergegangen ist. Es ist demnach nur noch zu prüfen, in welcher Höhe die auf Grund dieses Ersatzanspruchs vergleichsweise gezahlten 3500 M. nach § 55 Abs. 2 IVG. aufrechnungsfähig sind. Zur Entscheidung dieser Frage sind aber die Rentenfeststellungsinstanzen zuständig.

Unstreitig ist zwischen den Parteien, daß von den 3500 M. ein Betrag von 500 M. nicht aufrechnungsfähig ist, der lediglich zum Ersatze von Kurkosten bestimmt war. Die übrigen 3000 M. sind jedoch entgegen der Auffassung des Schiedsgerichts voll anrechnungsfähig.

Das Schiedsgericht scheidet von den 3000 M. zunächst 500 M. aus, weil dieser Betrag bei Abschluß des Vergleichs „zur Beruhigung" gezahlt worden sei. Diese Annahme, die im übrigen auch den Verkehrsanschauungen nicht entspricht, findet in dem Inhalt der Akten und namentlich in den Angaben, die der Kläger im schiedsgerichtlichen Verfahren gemacht hat, keine Grundlage. Denn danach hat der Kläger das ursprüngliche Vergleichsangebot von 3000 M. lediglich mit dem Hinweis darauf abgelehnt, daß er noch über 500 M. Kurkosten habe zahlen müssen; es ist demnach nicht ersichtlich, daß ihm ein Betrag „zur Beruhigung" gezahlt worden ist. Soweit übrigens in der Vergleichssumme etwa ein sog. Schmerzensgeld enthalten ist, ist es auch anrechnungsfähig, da nach § 54 IVG. der gesamte Schadenersatzanspruch des Versicherten an den Dritten auf die Versicherungsanstalt übergeht und somit auch der nach § 847 BGB. etwa begründete Anspruch auf Schmerzensgeld. Dies hat auch das Reichsgericht hinsichtlich des verwandten Anspruchs auf Buße angenommen (zu vgl. Entsch. des Reichsger. v. 19. April 1898, Arb.-Versorgg. 1898 S. 509).

Das Schiedsgericht geht weiter von der Annahme aus, daß die Invalidenrente immer noch eine Arbeitsbetätigung des Versicherten „bis zu einem Drittel der Normalkraft" voraussetze und somit auf das letzte Drittel der Arbeitsfähigkeit keine Rücksicht nehme. Diese Ausführungen sind unzutreffend. Die Gewährung der Invalidenrente setzt vielmehr voraus, daß der Versicherte nicht mehr ein Drittel der normalen Arbeitskraft besitzt, daß er um mehr als 66⅔% bis zur völligen Arbeitsunfähigkeit in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt ist. Die Invalidenrente wird daher im Gegenteil erst dann gewährt, wenn das letzte Drittel der Erwerbsfähigkeit nicht mehr voll vorhanden ist. Damit entfallen auch die Schlüsse, die das Schiedsgericht aus jenen Ausführungen auf die Beschränkung der Anrechnungsfähigkeit der verbleibenden 3000 M. zieht.

Es ist vielmehr davon auszugehen, daß nach § 54 auf die Versicherungsanstalt bis zur Höhe der Invalidenrente der gesamte Schadenersatzanspruch übergeht, der dem Versicherten gegen den Dritten aus Anlaß seiner Invalidität zusteht. Soweit der geleistete Schadenersatz nicht niedriger ist als die

Digitized by Google

Invalidenrente, wird der Versicherte durch § 54 JVG. und die in § 55 Abs. 2 vorgesehene Aufrechnungsbefugnis der Versicherungsanstalt regelmäßig ausschließlich auf ihn beschränkt. Das entspricht der subsidiären Natur der Invalidenrente und der Absicht des Gesetzes, Doppelentschädigungen für einen und denselben Schadenfall zu verhindern (zu vgl. Begründ. zu § 28 des Entw. J. u. AVG., Druckf. des Reichst. 7. Leg.Per. 4. Sess. 1888/89 S. 92 ff.). Demnach ist auch alles anrechnungsfähig, was der Versicherte als Schadenersatz für seine Erwerbsunfähigkeit von dem Dritten erhalten hat. Im vorliegenden Falle sind dies nach den vorstehenden Ausführungen die nach Abzug der Kurkosten verbleibenden 3000 M. in voller Höhe. Uebrigens kann der Vergleich auch nicht etwa dahin ausgelegt werden, daß die dem Kläger gezahlten 3500 M. nur zum Ersatze des Schadens bestimmt seien, der nicht durch die Invalidenrente gedeckt würde. Denn wenn auch der Kläger nach seiner und seiner Ehefrau Behauptung bei dem Abschluß des Vergleichs von den Vertretern der Eisenbahngesellschaft und der Versicherungsgesellschaft darauf hingewiesen worden ist, daß er neben der Vergleichssumme noch die Invalidenrente erhalte, so ist dies doch vermutlich nur zu dem Zwecke geschehen, um ihn zum Abschluß des Vergleichs zu veranlassen. Selbst wenn aber auch der Vergleich in jener Weise auszulegen wäre, so würde dies doch nicht der Aufrechnungsbefugnis der Beklagten entgegenstehen, da der Vergleich nach dem Urteil des Oberlandesgerichts in C. vom 14. Dezember 1909 gemäß § 407 BGB. ihr gegenüber unwirksam ist.

Auch die Reichsversicherungsordnung enthält keine dem Kläger günstigeren Vorschriften, die nach Art. 79 Einf.Ges. z. RVO. hier anzuwenden wären. Die maßgeblichen §§ 1542, 1324 RVO. bestimmen vielmehr das gleiche wie das Invalidenversicherungsgesetz.

Hiernach war das auf Rechtsirrtum und Verstoß gegen den klaren Akteninhalt beruhende Urteil des Schiedsgerichts dahin abzuändern, daß die Beklagte gegen den Rentenanspruch des Klägers in Höhe von 3000 M. aufrechnen kann.

Berichtigung.

Auf S. 300 in Heft 13 und auf dessen Titelblatt ist in der Ueberschrift zur Entscheidung der badischen LVA. vom 12. 12. 12 das Wort „nicht" versehentlich ausgelassen und dadurch das Gegenteil der Entscheidung als deren Inhalt angegeben. Richtig muß es heißen: „Die Landesversicherungsanstalt kann gegen eine Entscheidung des Schiedsgerichts für Arbeiter-Versicherung, durch die lediglich der Gegner beschwert ist, Revision nicht einlegen."

D. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) vom 11. Februar 1913.

Auf Grund des § 9 Abs. 3 AVG. bestimme ich für die von dem Reichsversicherungsamte beaufsichtigten Berufsgenossenschaften, daß bei den nachfolgend bezeichneten Angestellten die Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenrente (§ 9 Abs. 1 a. a. O.) als gewährleistet anzusehen ist:

1. bei den unkündbar Angestellten, auch wenn sie den Anspruch auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente erst nach einer bestimmten Dienstzeit erwerben;
2. bei Angestellten, die bereits Ansprüche auf Ruhegeld und Hinterbliebenenfürsorge haben und denen nur aus einem wichtigen Grunde gekündigt werden kann, wenn ihnen nach der Dienst- und Ruhegehaltsordnung
   a) im Falle der Kündigung aus einem wichtigen, aber nicht disziplinaren Grunde Ruhegeld und Hinterbliebenenrente im Betrage des niedrigsten Satzes der Leistungen der Angestelltenversicherung nach § 9 Abs. 1 a. a. O. gewährt werden,
   b) bei einer Kündigung infolge Aenderung im Bestande der Genossenschaft oder in ihrer Geschäftsverwaltung eine der bisherigen gleichwertige Stellung bei einer anderen Berufsgenossenschaft angeboten wird.

Die bezeichneten Klassen von Angestellten sind hiernach versicherungsfrei.

Bekanntmachung des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte

vom 14. April 1913.

Durch Kaiserliche Verordnung vom 15. November 1912 ist auf Grund des § 158 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (Reichsgesetzblatt S. 989) für die Angestelltenversicherung ein Schiedsgericht in Berlin, und zwar für das Reichsgebiet, errichtet worden. Diesem Schiedsgericht ist die Entscheidung auch in solchen Fällen zugewiesen, in welchen es sich um Versicherte oder deren Angehörige handelt, die außerhalb des Gebiets des Deutschen Reiches wohnen oder beschäftigt sind.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zum belgischen Gesetzentwurf über Sozialversicherung.

Von allen modernen Industriestaaten hat Belgien am längsten jede staatliche Einmischung zugunsten der wirtschaftlich schwächeren Volksschichten abgelehnt. Auf dem Gebiete des Arbeiterschutzes hat man einiges nachgeholt, auf dem der Arbeiterversicherung ist man sehr zögernd vorgegangen. Einen Krankenversicherungszwang kennt man dort bisher nicht. Träger der Krankenversicherung sind freie, auf Gegenseitigkeit beruhende Hilfsvereine, die zum Teil allerdings Staatszuschüsse erhalten. Auch die Alters- und Invalidenversicherung besteht nur in Gestalt freiwilligen Anschlusses an die vom Staat unterstützte Allgemeine Altersrentenkasse. Nur auf dem Gebiete der Unfallversicherung besteht schon auf Grund des Gesetzes vom 24. Dezember 1903 für gewisse Gewerb-, Handels- und Landwirtschaftsbetriebe ein dem deutschen Gesetze nachgebildeter Versicherungszwang. Näheres über diese Verhältnisse und ihre Entwicklung findet man in den Heften XII und XIIa der „Arbeiterversicherung im Auslande" von Dr. Zacher (Verlag der Arb.-Versorgg.). Für die Bergarbeiter wurde alsdann durch das am 1. Januar 1912 in Kraft getretene Gesetz vom 5. Juni 1911 ein Altersversicherungszwang eingeführt. Danach haben die Bergwerksbesitzer dafür zu sorgen, daß die Versicherung bei der allgemeinen Altersrentenkasse entweder unmittelbar oder durch Vermittlung eines anerkannten Hilfsvereins oder endlich durch eine Hilfskasse der Kohlenbergwerksbesitzer durchgeführt werde. Das versicherungstechnische System entspricht dem bei der Altersrentenkasse im übrigen eingeführten. Die Renten werden aus Beiträgen der Versicherten und aus staatlichen Zuschüssen gebildet. Die Versicherungskassen haben nicht allein als Zwischenstellen für den Anschluß der Arbeiter an die allgemeine Rentenkasse zu dienen, sondern auch während einer länger bemessenen Uebergangszeit den Arbeitern Renten und Rentenzulagen zu gewähren, späterhin allgemeine Fürsorge an Wohlfahrtseinrichtungen zugunsten der Bergarbeiter und ihrer Angehörigen ins Leben zu rufen. Die Mittel für die Erfüllung dieser Aufgabe erhalten die Kassen aus laufenden Beiträgen der Unternehmer und zum Teil aus Staatszuschüssen, für die Uebergangszeit auch aus Monatsbeiträgen der Arbeiter.

Neuerdings aber hat die Regierung, in Anlehnung an einen von einem Abgeordneten eingebrachten Entwurf, am 12. November 1912 einen Gesetzentwurf veröffentlicht, wonach die Arbeiter im allgemeinen zwangsweise einer Kranken-, Invaliden- und Altersversicherung unterworfen werden sollen. Versicherungspflichtig sollen, ohne Unterschied des Geschlechts, alle Personen sein, die in Industrie, Gewerbe, Handel oder Landwirtschaft gegen Lohn, Gehalt oder sonstige Bezahlung beschäftigt sind; die Grenze bildet ein Einkommen von 2400 Fr. jährlich. Auch die vom Staate beschäftigten Arbeiter sind nach dem Entwurf versicherungspflichtig. Heimarbeiter und einige Gruppen anderer Arbeiter und Arbeiterinnen sind es jedoch nicht; für sie bleibt die freiwillige Versicherung. Der Entwurf schafft für die Kranken- und Invalidenversicherung zwei Versicherungsträger: die in dieser Tätigkeit von der Regierung bereits anerkannten Genossenschaften und sogenannte Bezirksversicherungsräte. Dem Versicherungspflichtigen ist es freigestellt, welcher der beiden Kassen er beitreten will. Den Genossenschaften werden bestimmte Mindestleistungen vorgeschrieben, sie behalten ihre Selbstverwaltung und bestimmen selbst die Höhe der Beiträge. Für die nicht bei den Genossenschaften Versicherten ist ein jährlicher Beitrag von 12 Fr. für die Krankenversicherung und von 6 Fr. für die Invalidenversicherung festgesetzt. Die Ganzinvalidenrente soll 365 Fr. betragen. Bedürftigen kann bei der Krankenversicherung die Hälfte der Beiträge erlassen werden; jedoch wird in solchem Falle auch die Entschädigung entsprechend herabgesetzt.

Die Invalidenversicherung hört mit dem 65. Lebensjahre des Rentenempfängers auf, und es tritt die Altersversicherung in Kraft. Diese wird der bereits bestehenden öffentlichen Pensionskasse überlassen. Eine Aenderung tritt nur in der Weise ein, daß der Beitritt Zwangssache wird und von dem Versicherten eine Beitragsleistung von 6 Fr. jährlich verlangt wird. Nach den vorliegenden Berechnungen würde ein Arbeiter, der seit dem 14. Lebensjahre seine Beiträge zahlte, mit dem 65. Lebensjahre eine Rente von 365 Fr. beziehen. Für die Uebergangszeit hat der Staat für die älteren Arbeiter, die sonst den Bezug der Rente von 365 Fr. überhaupt nicht erleben würden, Beihilfen in Aussicht gestellt. Die Arbeitgeber sollen für jeden Arbeiter jährlich 6 Fr. zahlen, von denen bis zum Jahre 1938 je 4 Fr. für die Altersversicherung und 2 Fr. für die Krankenversicherung in Rechnung gestellt werden. Von dem genannten Jahre ab sollen diese Unternehmerbeiträge auf die drei Versicherungszweige gleichmäßig verteilt werden. Weitere Lasten hat der Unternehmer nicht zu tragen; er hat lediglich noch dafür zu sorgen, daß seine Arbeiter auch wirklich versichert sind. Man rechnet, daß etwa 1 800 000 Versicherungspflichtige vorhanden sind, was eine Beitragsleistung von jährlich 10 800 000 Fr. für die Unternehmer ergeben würde. Der Staat will seine für die freiwillige Versicherung schon bisher aufgewendeten Beträge weiter zahlen. Man rechnet für ihn eine Leistung von $14\frac{1}{2}$ Millionen Fr. jährlich, da die Zahl der Versicherten sich gegen früher ganz erheblich erhöhen wird.

So scheint sich auch in Belgien der deutsche Gedanke immer mehr durchsetzen zu wollen, daß eine wirksame Fürsorge für die arbeitenden Volksschichten eines staatlichen Zwanges, einer Beteiligung der Unternehmer und eines engen Zusammenschlusses der Versicherten nicht entraten kann.

(H.) Aerzte und Krankenkassen.

In der „Neuen Zeit" hat — woran die Wiener Zeitschrift „Arbeiterschutz" sehr zeitgemäß erinnert — Karl Kautsky vor Jahren schon gezeigt, wie unangebracht es ist, wenn die Aerzte sich die Ausdrucksweise der gewerkschaftlichen Arbeiterorganisationen aneignen und insbesondere im Verhältnis zu den Krankenkassen und den Kassenärzten von „Streik" und von „Streikbrechern" reden.

„. . . Das Wort vom Streikbrecher scheint uns bei den Aerzten völlig unangebracht zu sein.

Der Streik, dessen Bruch wir für eine unehrenhafte Handlung halten, ist ein Teil des proletarischen Klassenkampfes gegen das ausbeutende Kapital. Die kapitalistische

Digitized by Google

Ausbeutung ist die Voraussetzung des proletarischen Streiks, der seine Rechtfertigung stets darin findet, daß er unter allen Umständen ein Versuch ist, den Anteil des Arbeiters an seinem Produkt und damit an den Gütern der Kultur zu erhöhen.

Vorbedingung der kapitalistischen Ausbeutung aber ist die Trennung von Arbeitskraft und Produktionsmittel. Dadurch, daß diese vom Kapitalisten monopolisiert werden und der Arbeiter sie nicht besitzt, wird dieser gezwungen, sich ausbeuten zu lassen.

Von alledem ist in dem Verhältnis zwischen Aerzten und Krankenkassen keine Rede. Diese sind nicht kapitalistische Ausbeutungsinstitute, nicht gegründet, einen Profit zu erzielen, sondern sie dienen einem gemeinnützigen Zweck. Sie existieren nicht durch Profite, die aus der Arbeit von Aerzten gezogen werden könnten, sondern durch Beiträge ihrer Mitglieder. Und auch die Grundlage kapitalistischer Ausbeutung fehlt ihnen: sie besitzen nicht die Produktionsmittel der Aerzte. Soweit von solchen die Rede sein kann, sind sie im Besitze der Aerzte selbst.

Das Verhältnis zwischen Aerzten und Krankenkassen ist daher nicht das zwischen Lohnproletariern und Kapitalisten, sondern das zwischen selbständigen Verkäufern und Käufern. Die aus diesem Gegensatz entspringenden Kämpfe fallen aber vielfach nicht mit den proletarischen Klassenkämpfen zusammen und dürfen nicht ohne weiteres nach den für diese geltenden Regeln beurteilt werden. Wenn einige Milchverkäufer einen Ring bilden, um den Preis der Milch hochzuhalten, werden wir die Milchverkäufer, die einer solchen Organisation als billiger verkaufende „Streikbrecher" in den „Rücken fallen", keineswegs für Lumpen erklären.

Selbstverständlich ist der billigste Verkäufer nicht immer der beste. Es liegt im Interesse der Krankenkassen selbst, daß ihre Aerzte eine Honorierung erhalten, die Berufsfreudigkeit und Gewissenhaftigkeit ermöglicht, aber das Suchen nach dem besten Ausgleich zwischen den Interessen der Krankenkassen und denen der Aerzte wird nicht gefördert, sondern aufs äußerste geschädigt, wenn die Vertreter der Aerzte die Leiter der Krankenkassen nicht als Vertreter des kranken Proletariats, sondern als Verfechter kapitalistischer Ausbeutung betrachten und behandeln.

(Kl.) Aus dem Geschäftsbericht des Reichsversicherungsamtes auf das Jahr 1912.

Aus den allgemeinen Mitteilungen des Berichts des Reichsversicherungsamts ist hervorzuheben, daß sich die Zahl der vom Bundesrate gewählten nichtständigen Mitglieder des Amtes gemäß § 87 Abs. 1 RVO. von 6 auf 8 erhöht hat. Die Wahlperioden der Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten, deren Zahl wie bisher 264 beträgt, sind bis zum 31. Dezember 1913 verlängert worden. Das Amt besteht aus 71 ständigen Mitgliedern, 11 höheren Beamten als Hilfsarbeitern, 103 richterlichen Beisitzern und Hilfsarbeitern und 328 verschiedenen Bureaubeamten.

Die Einführung der Reichsversicherungsordnung verursachte viele Arbeiten. Es wurde angestrebt, die Mühewaltung, die den Gerichts- und Gemeindebehörden aus der Arbeiterversicherung erwächst, möglich einzuschränken. Das Amt gibt die „Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts" und die „Monatsblätter für Arbeiterversicherung" heraus und liefert Beiträge für das „Reichsarbeitsblatt". Im Reichsversicherungsamt wurden zwei Vorträge über ärztliche Fragen gehalten. Das zusammenwirken der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiet der ersten Hilfe ist organisatorisch ausgebaut worden. Zu den acht bestehenden sind neun neue Ortsausschüsse hinzugetreten, nämlich Danzig, Breslau, Mainz, München, Augsburg, Regensburg, Fürth und Straßburg i. E. Ferner wurde ein Ausschuß für die Provinz Westfalen gebildet. Es haben sich Wiederholungen der Unterrichtskurse als notwendig erwiesen. Voraussetzung soll weiter bleiben, daß der Unterricht von Aerzten geleitet wird und daß die Rote-Kreuz-Vereine die Kurse unter ihren Namen veranstalten. In der Zeit vom 1. Oktober 1911 bis 30. September 1912 sind 1542 männliche und 183 weibliche Betriebshelfer mit Erfolg ärztlich ausgebildet und geprüft worden. Für die Ausbildung haben die Rote-Kreuz-Vereine den beteiligten Berufsgenossenschaften rund 14815 M. in Rechnung gestellt. Die neuen Normalunfallverhütungsvorschriften für die gewerblichen Berufsgenossenschaften enthalten auch erweiterte Vorschriften über die Fürsorge für Verletzte insbesondere über die Bereithaltung von Betriebshelfern usw.

Zu den freien Vereinigungen in Rheinland und Westfalen tätiger berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen sind im Berichtsjahr entsprechende Vereinigungen in Baden und Elsaß-Lothringen sowie in Nordwestdeutschland getreten. Die Vereinigungen haben den Zweck, Erfahrungen aus ihrem örtlichen Bereich auszutauschen und nutzbar zu machen sowie Ziele zu verfolgen, die am besten durch Zusammenschluß auf örtlicher Grundlage sind. Das Reichsversicherungsamt war vertreten auf der 19. Mitgliederversammlung des Hauptverbandes Deutscher Ortskrankenkassen vom 19. bis 21. August 1912 in Cöln, dem 26. ordentlichen Berufsgenossenschaftstag in Hamburg am 20. September 1912, der ordentlichen Konferenz der Vorstände der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in München vom 28. September bis 1. Oktober 1912, dem 27. ordentlichen Verbandstag der Deutschen Baugewerks-Berufsgenossenschaften am 7. September 1912 in Hamburg. Auf der am 4. Februar 1912 eröffneten Internationalen Ausstellung für soziale Hygiene in Rom wurden vom Reichsversicherungsamt Einrichtungen und Leistungen der Deutschen Arbeiterversicherung vorgeführt. Die in der ständigen Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt in Charlottenburg ausgestellten politischen Tafeln, Bilder und Druckschriften sind auf den neuesten Stand ergänzt worden.

Eine Anzahl Mitglieder des Reichsversicherungsamts gehören den Organen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose an. Auf der 10. Internationalen Tuberkulosekonferenz vom 10. bis 14. April 1912 hielt der Präsident des Reichsversicherungsamts einen Vortrag über „Die Frau im Kampfe gegen die Tuberkulose" und auf dem 7. Internationalen Tuberkulosekongreß vom 14. bis 20. April 1912 in Rom einen über „Die Deutsche Arbeiterversicherung im Kampf gegen die Tuberkulose". Der Präsident und ein Mitglied des Reichsversicherungsamts nahmen auch teil an dem 3. Internationalen Medizinischen Unfallkongreß, der vom 6. bis 10. August 1912 in Düsseldorf tagte. Auf der vom Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke einberufenen 4. Konferenz für Trinkerfürsorge in Berlin am 14. und 15. November 1912, auf der u. a. ein Vortrag über „Die Krankenkassen als berufene Organe der Trinkerfürsorge" gehalten wurde, war das Reichsversicherungsamt auch vertreten. Auf Grund des § 105 RVO. sind die Landesversicherungsämter in Stuttgart, Darmstadt, Schwerin, Neustrelitz und Greiz aufgehoben worden. Damit sind der Aufsicht des Reichsversicherungsamts weitere neun Berufsgenossenschaften unterstellt worden.

Digitized by Google

A. Unfallversicherung.

1. Verwaltung.

Am 15. Januar 1912 wurde eine Bekanntmachung über die Anmeldung unfallversicherungspflichtiger Betriebe und Tätigkeiten erlassen. Die von den Oberversicherungsämtern zusammengestellten und dem Reichsversicherungsamt eingereichten Anmeldungen wurden geprüft. Hierauf ist als Unterlage für die Beschlußfassung des Bundesrates über die Errichtung neuer Versicherungsträger für die in Rede stehenden Gewerbszweige oder deren Zuteilung zu den bestehenden Berufsgenossenschaften eine ausführliche Denkschrift ausgearbeitet worden. Daraufhin wurden drei neue Versicherungsträger: die Gärtnereiberufsgenossenschaft, die Detailhandelsberufsgenossenschaft und die Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeuge und Reittierbesitzer gegründet. In Ausführung des § 537 RVO. hat das Reichsversicherungsamt die kaufmännischen Unternehmen bestimmt, welche als Kleinbetriebe der Unfallversicherung nicht unterliegen. Die Mustersatzungen für die gewerblichen und für die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und die Zweiganstalten sind neu aufgestellt worden. Sie sind auch von sämtlichen Berufsgenossenschaften zur Aufstellung völlig neuer Satzungen benutzt worden. Durch den § 15 RVO. ist die Verhältniswahl auch für die Wahl der Mitglieder der Organe der Berufsgenossenschaften vorgeschrieben, obwohl die Vorstände und die Genossenschaftsversammlungen einmütig dieses Wahlverfahren als für ihre Einrichtung ungeeignet bezeichnet hatten. Unter möglichster Berücksichtigung der Wünsche der Berufsgenossenschaften wurde eine Musterwahlordnung veröffentlicht. Zur Ausführung der §§ 690 bis 705 RVO. ist für die Angestellten der Berufsgenossenschaften eine Musterdienstordnung veröffentlicht worden. Gemäß § 1555 RVO. wurde ein neues Muster für die Unfallanzeigen und gemäß § 1751 neue Muster für die Beschreibung der Unfälle und für die Nachweise festgestellt. Für die Niederschrift von Unfalluntersuchungsverhandlungen wurden einheitliche Muster eingeführt. Außerdem wurden noch eine Reihe sonstiger Vorschriften und Formulare aufgestellt. Auch die alljährlich einzureichenden Nachweisungen über die gesamten Rechnungsergebnisse der Träger der Unfallversicherung sollen geändert werden. In allen Vorschriften ist nach dem Vorgang der Reichsversicherungsordnung auf klare, knappe und sprachlich einwandfreie Fassung Bedacht genommen worden.

Es bestanden im Berichtsjahr zur Durchführung der Unfallversicherung

66 gewerbliche Berufsgenossenschaften mit 743 823 Betrieben und 9 846 599 Versicherten,

48 land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaften mit 5 434 108 Betrieben und 17 179 000 Versicherten,

543 Reichs-, Staats- und gemeindliche Ausführungsbehörden mit 1 001 071 Versicherten.

Hiernach waren über 28 Millionen Personen gegen Unfall versichert, wozu noch die bei den 14 Versicherungsanstalten der Baugewerksberufsgenossenschaften, der Tiefbau- und der See-Berufsgenossenschaft Versicherten kommen. In der Gesamtzahl dürften aber etwa 3,4 Millionen Personen doppelt erscheinen, die gleichzeitig in gewerblichen und in landwirtschaftlichen Betrieben versichert gewesen sind.

Nach einer vorläufigen Ermittelung belief sich die Zahl aller im Jahre 1912 bei den Berufsgenossenschaften, Reichs-, Staats-, Provinzial- und gemeindlichen Ausführungsbehörden angemeldeten Unfälle auf 742 472, die der erstmalig entschädigten auf 137 445.

Die im Jahre 1912 verausgabten Entschädigungen betrugen nach einer vorläufigen Feststellung 170 352 981 M.

gegen 165 370 623 M. im Jahre 1911,
gegen 163 326 820 M. im Jahre 1910,
gegen 161 332 900 M. im Jahre 1909.

Entschädigungen (Renten usw.) wurden im Jahre 1912 gezahlt oder angewiesen an:

905 785 Verletzte,
94 499 Witwen (Witwer) Getöteter,
115 362 Kinder und Enkel Getöteter,
4 417 Verwandte aufsteigender Linie Getöteter;

daneben erhielten im Jahre 1912:

15 171 Ehefrauen (Ehemänner),
32 920 Kinder und Enkel und
249 Verwandte aufsteigender Linie

als Angehörige von Verletzten, welche in Heilanstalten untergebracht waren, die gesetzlichen Unterstützungen, so daß im Berichtsjahr zusammen 1 168 403 Personen Bezüge auf Grund der Unfallversicherung zugeflossen sind.

Mehrere Anträge gemäß § 110 des GUVG. wurden geprüft und genehmigt. Einer Berufsgenossenschaft wurde die Hergabe von Darlehn zur Erbauung von Arbeiterwohnhäusern gestattet. Die Gefahrentarife einer Anzahl Berufsgenossenschaften wurden revidiert und genehmigt. Die Zahl der Gefahrtarifbeschwerden belief sich auf 135. Mit den aus dem Vorjahr übernommenen waren 333 Beschwerden zu bearbeiten. 43 hatten Erfolg, 261 wurden zurückgewiesen, der Rest blieb unerledigt. Gegen die Festsetzung der Genossenschaftsbeiträge gingen 328 Beschwerden ein. Gegen die Heranziehung zur Zahlung der Prämien und gegen deren Höhe auf Grund des Bauunfallversicherungsgesetzes gingen 231 Beschwerden ein. Auf dem Gebiete der landwirtschaftlichen Unfallversicherung gingen 56 Beschwerden gegen die Beitragsberechnung und die Abschätzung der Betriebe nach Arbeitsbedarf ein. Im ganzen sind 1244 Gefahrentarifumlageprämien- und Abschätzungsbeschwerden bearbeitet worden.

Die Normalunfallverhütungsvorschriften liegen jetzt in endgültiger Fassung vor. Die Vorstände der gewerblichen Berufsgenossenschaften sind ersucht worden, sie der nächsten Nachprüfung der bestehenden Vorschriften zugrunde zu legen und sie möglichst wörtlich zu übernehmen. Für die besonderen Gefahrverhältnisse der Betriebe der Baugewerksberufsgenossenschaften werden besondere Mustervorschriften aufgestellt. Der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften hat beschlossen, auf einheitliche Normalunfallverhütungsvorschriften für die Einrichtung und den Betrieb von Dampfjässern aufzustellen. Wegen der durch die Reichsversicherungsordnung erforderlichen neuen Maßnahmen auf dem Gebiete der Unfallverhütung und Betriebsüberwachung sind eingehende Verhandlungen gepflogen worden. Die Ursachen des großen Menschenverlustes beim Untergange des Dampfers „Titanic" haben Anlaß gegeben, auch für die deutsche Seeschiffahrt schleunigst erhöhte Sicherheitsmaßnahmen zu ergreifen. An den Verhandlungen, die noch nicht abgeschlossen sind, ist das Reichsversicherungsamt beteiligt. Der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs wurde weiter die verdiente Aufmerksamkeit zugewendet. Es sind Bestimmungen darüber in die Normalunfallverhütungsvorschriften aufgenommen worden. In Berlin wird die Schutzmannschaft die technischen Aufsichtsbeamten in ihrer Kontrolltätigkeit über den Branntweinverkauf auf Baustellen unterstützen.

Bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften hat die Anstellung von technischen Aufsichtsbeamten zur Ueberwachung der Betriebe weitere Fortschritte gemacht. Von 66 gewerblichen Berufsgenossenschaften haben 62 insgesamt 376 Stellen für solche Beamte eingerichtet. Gegenwärtig sind 371 Stellen durch 362 Personen besetzt. Mit Genehmigung des Reichsversicherungsamtes

Digitized by Google

sind die technischen Aufsichtsbeamten bei 300 Stellen zugleich als Rechnungsbeamte tätig.

Die Zahl der Stellen für technische Aufsichtsbeamte ist bei den 12 Baugewerksberufsgenossenschaften von 116 auf 125 gestiegen. Zwei Stellen sind zurzeit unbesetzt. 116 Beamte sind zugleich Rechnungsbeamte. Bei den dem Reichsversicherungsamt unterstellten 10 Baugewerksberufsgenossenschaften sind 107 technische Aufsichtsbeamten beschäftigt.

Die Zahl der technischen Aufsichtsbeamten bei den 48 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ist von 47 auf 51 angewachsen. Die dem Reichsversicherungsamte unterstehenden Berufsgenossenschaften beschäftigten 32 Beamte, von denen vier gleichzeitig als Rechnungsbeamte tätig sind, die im Interesse der landwirtschaftlichen Unfallverhütung gebotene Vermehrung der Zahl der technischen Aufsichtsbeamten wird vom Reichsversicherungsamt angestrebt werden.

Die 62 gewerblichen Berufsgenossenschaften, bei denen technische Aufsichtsbeamte im Jahre 1911 tätig waren, haben für dieses Jahr gemäß § 122 Abs. 2 GUVG. Jahresberichte erstattet. Sie weisen zusammen 59 829 Revisionstage nach; im einzelnen 43 842 Tage auf Betriebsbesichtigungen, 8061 Tage auf Lohnbuchprüfungen und 7926 auf die Kontrolle der Rentenempfänger, sowie auf andere Dienstgeschäfte. Bei den Baugewerksberufsgenossenschaften und der Tiefbauberufsgenossenschaft sind insgesamt in den als revisionsbedürftig nachgewiesenen Betrieben, daß sind 97 759 katastrierte Betriebe und 13 387 angemeldete Regiebaubetriebe, zusammen 111 146 Betriebe, 227 901 Revisionen ausgeführt worden. Bei den übrigen Berufsgenossenschaften sind von 547 374 als vorhanden nachgewiesenen Betrieben 93 522 revidiert worden.

Bei den Jahresberichten der Aufsichtsbeamten der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften ist zu ersehen, daß ein Teil dieser Genossenschaften in der Durchführung von Unfallverhütungsmaßnahmen erfreulich vorwärts schreitet. Der Präsident und Mitglieder des Reichsversicherungsamts besichtigten eine Anzahl Betriebe, namentlich gewerblicher Berufsgenossenschaften. Ueber eine Abgrenzung der Arbeitsgebiete der berufsgenossenschaftlichen und der baupolizeilichen Organe zur Vermeidung doppelter Ueberwachung von Baubetrieben fand im Reichsversicherungsamt eine Besprechung mit den Vertretern sämtlicher Baugewerksberufsgenossenschaften statt. Nach einem Vorschlag des Kgl. Preußischen Ministeriums der öffentlichen Arbeiten sollen in den Städten die Baugewerksberufsgenossenschaften ihre Ueberwachungstätigkeit einschränken und sie dafür dem platten Lande zuwenden.

Die Zahl der von den Genossenschaftsvorständen wegen Zuwiderhandlung gegen die Unfallverhütungsvorschriften über Genossenschaftsmitglieder verhängten Strafen hat sich gegen das Vorjahr verringert. Die hiergegen beim Amte eingelegten Beschwerden waren einschließlich der aus dem Vorjahre unerledigten 892 in der Zahl von insgesamt 2955 zu bearbeiten. Von den Beschwerden hat der Genossenschaftsvorstand 293, der Beschwerdeführer 1021 zurückgenommen. In 34 Senatssitzungen wurde über 755 Beschwerden entschieden. 30 Beschwerden hatten vollen, 82 teilweisen Erfolg; zurückgewiesen sind 643 Beschwerden.

Bei 21 gewerblichen Berufsgenossenschaften, 49 Sektionen gewerblicher Berufsgenossenschaften, 4 landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und 2 Haftpflichtversicherungsanstalten wurde das Kassen- und Rechnungswesen geprüft. Der Präsident des Reichsversicherungsamts hat eine Anzahl Heilanstalten der Genossenschaften besichtigt. Das Ergebnis war zufriedenstellend. In 1714 Fällen war über die Aufnahme oder die Ablehnung der Aufnahme von Betrieben in die Genossenschaftskataster (Unternehmerverzeichnisse) zu verhandeln. Veränderungen im Bestand der Kataster sind nur aus zwingenden Gründen zugelassen worden.

Die jährliche Uebersicht über das Anwachsen der Beiträge für die landwirtschaftliche Unfallversicherung hat wieder einen Rückgang der Verhältniszahlen, und zwar nicht nur bei den Berufsgenossenschaften mit Arbeitsbedarfsmaßstab, sondern auch bei denen mit Grundsteuerfuß, ergeben. Die Beiträge für das Jahr 1910 betrugen im Durchschnitt bei den dem Reichsversicherungsamt unterstellten landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften je nach dem geltenden Beitragsmaßstabe 51,34 % der Grundsteuer und 1,35 % der Lohnwerte. Im Vorjahre betrugen die in gleicher Weise ermittelten Verhältniszahlen 52,85 % der Grundsteuer und 1,42 % der Lohnwerte.

Die Uebernahme des Heilverfahrens während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall ist gefördert worden. Es ist in Aussicht genommen, auch für die landwirtschafliche Unfallversicherung Leitsätze hierüber auszuarbeiten. Im Jahre 1911 wurden von sämtlichen Berufsgenossenschaften 17300 Fälle vorzeitig übernommen. Das waren 2,63 % der gemeldeten Unfälle. In 5186 Fällen handelte es sich um Knochenbrüche, 1002 Fällen um Augenverletzungen, 11 112 Fällen um sonstige Verletzungen. In 9281 Fällen wurde Anstaltspflege angewendet; in 16376 Fällen (94,66 %) war das Ergebnis der Behandlung günstig. Die Kosten dieser Fürsorge innerhalb der Wartezeit betrugen 1198956 M. oder pro Fall 69,30 M.

Die Zahl der Streitfälle zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften ist zurückgegangen. Die vom Reichsversicherungsamt aufgestellten Rechtsgrundsätze über die Ersatzansprüche wegen der Kosten der Heilverfahren haben sich immer mehr eingelebt.

2. Rechtsprechung.

An wichtigen Entscheidungen aus der Unfallversicherung aus dem Berichtsjahr können folgende erwähnt werden: Ein kaufmännischer Angestellter ist bei der regelmäßigen, länger währenden Auszahlung des Lohnes an die Arbeiter innerhalb der Betriebsräume als versicherte Person im Betriebe tätig. — Uebt ein Soldat eine Tätigkeit aus, die im Interesse eines versicherten Betriebs liegt, so kann er gleichwohl nicht als Arbeiter dieses Betriebs angesehen werden, wenn er sie auf Befehl eines militärischen Vorgesetzten leistet. — Unter bevollmächtigten Betriebsleitern im Sinne des § 43 UVG. sind in der Hauptsache Personen zu verstehen, die den Unternehmern wirtschaftlich und gesellschaftlich gleichstehen. — Das Zustandekommen eines formell-rechtlichen Versicherungsverhältnisses ist zu verneinen, wenn der Berufsgenossenschaft nur summarische Lohnnachweisungen eingereicht worden sind. — Das Statut kann zwar bestimmen, daß die Eintragung in dem Verzeichnisse der landwirtschaftlichen Unternehmer für die bejahende oder verneinende Feststellung der Versicherungspflicht des Unternehmers bindend sein soll. Die formellen Wirkungen der Eintragung treten aber nur dann ein, wenn der Eingetragene tatsächlich Unternehmer des Betriebs ist. Wenn streitig ist, ob der Verletzte Unternehmer oder Arbeiter ist, so kann sich die Berufsgenossenschaft für die Ablehnung des Rentenanspruchs nicht darauf berufen, daß er als nicht selbstversicherter Unternehmer in dem Verzeichnis eingetragen ist. Das Reichsversicherungsamt hat aus Anlaß einer neueren Entscheidung des Reichsgerichts nach Anhörung verschiedener auf diesem Gebiete besonders sachverständiger Aerzte seine Grundsätze über Entstehung von Leistenbrüchen durch Unfall in einer ausführlichen be-

Digitized by Google

gründeten Entscheidung nachgeprüft und aufrechterhalten. — Ein Zimmermann gehört in der Regel zu denjenigen Personen, welche für den Verlust eines Auges eine bleibende Rente von 33⅓ % der Vollrente zu beanspruchen haben. — Krankenkassenbeiträge zu Hilfskassen, die der Arbeitgeber nach dem Arbeitsvertrage dem Arbeiter erstattete, sind dem Jahresarbeitsverdienste zugerechnet worden. — Knappschaftsvereine sind keine inländischen Behörden im Sinne des § 76 Abs. 3 GUVG. — Die Berufungsfrist ist nicht gewahrt, wenn innerhalb der Frist der die Berufungsschrift enthaltende, nicht genügend frankierte Brief zwar bei dem Schiedsgericht bestellt, seine Annahme aber wegen Portobelastung verweigert worden ist.

Im Jahre 1912 wurden auf Grund der gewerblichen Unfallversicherungsgesetze 248067, auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft 176788, im ganzen mithin 424855 berufungsfähige Bescheide erlassen. Unter den Bescheiden befanden sich 185842, das sind 43,74 %, welche die Anwendbarkeit der §§ 88—92, 94 und 95 GUVG. usw. (anderweite Feststellung der Rente infolge Veränderung der Verhältnisse, Ruhen der Rente und Abfindung) zum Gegenstande hatten Da in einigen Bundesstaaten bereits die Oberversicherungsämter zu Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung bestimmt wurden, verringerte sich die Zahl der rechtsprechenden Behörden am Jahresschlusse von 124 auf 108.

Die Gesamtzahl der bei den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung im Berichtsjahr in Unfallversicherungssachen anhängig gewordenen Streitsachen stellt sich auf 117805, und zwar 70025 Berufungen und 47782 Anträge gemäß § 88 Abs. 3 GUVG. und der entsprechenden Bestimmungen der übrigen Unfallversicherungsgesetze. Von den Berufungen wurden eingelegt auf Grund der gewerblichen Unfallversicherungsgesetze 48689 (69,53 %), auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft 21334 (30,47 %). Anträge in dem obigen Sinne wurden gestellt auf Grund der gewerblichen Unfallversicherungsgesetze 34204, auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft 13578.

Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Berufungen um 0,43 % zurückgegangen, die Zahl der Anträge um 4,63 % gestiegen. Auf 100 berufungsfähige Bescheide kommen 16,48 Berufungen. Durch Urteil des Schiedsgerichts wurden 89,60 %, durch Zurücknahme 3,63 %, durch Vergleich 3,70 % der Streitsachen erledigt. Die Zahl der Sitzungstage der Schiedsgerichte, an denen über Unfallversicherungssachen verhandelt wurde, stellt sich auf 6600. Beweisaufnahmen haben 52054 stattgefunden, darunter 46937 durch ärztliche Gutachten und 454 außerhalb der Gerichtsstellen (Lokaltermine). Die gerichtlichen Kosten wurden einer Partei in 41 Streitfällen auferlegt.

Im Jahre 1912 wurden 23001 Rekurse anhängig, gegen 24346 im Jahre 1911, das ist eine Abnahme um 5,52 %. In 419 Fällen wurde der Rekurs von beiden Parteien gegen ein und dasselbe Schiedsgerichtsurteil eingelegt. Auf 100 rekursfähige Schiedsgerichtsurteile kommen 25,72 Rekurse, und zwar in gewerblichen Unfallversicherungssachen 28,76, in landwirtschaftlichen 16,79. Eine weitere Aufklärung des Sachverhalts hat das Reichsversicherungsamt in 4109 Fällen für notwendig erachtet. Beweiserhebung wurde in 3005 Fällen beschlossen. Es fanden 1269 Sitzungen mit 19741 mündlichen Verhandlungen über die Rekurse statt. Darunter waren 2 Sitzungen des erweiterten Senats. In 2655 Fällen (11,8 %) war der Verletzte persönlich erschienen, in 4090 ein Vertreter desselben. Die Versicherungsträger waren vertreten in 5156 Fällen. Durch Urteil wurden 89,6 % der Rekurse erledigt, 4635 der Schiedsgerichtsurteile, daß sind 25,1 %, wurden in der Rekursinstanz völlig oder teilweise abgeändert. Durch Zurückweisung an die Schiedsgerichte oder Versicherungsträger wurden 182 Rekurse (1,0 %) erledigt. In 69,5 % der Streitsachen handelte es sich um die Anwendung des § 88 GUVG., in 13,0 % um den Grad der Erwerbsunfähigkeit, in 4,2 % um den Beweis des Unfalles, in 8,1 % um den Zusammenhang des Unfalles mit der Erwerbsunfähigkeit usw. 68,62 % der Rekurse wurden im ersten Jahr nach der Einlegung erledigt.

B. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

1. Verwaltung.

Es wurde eine „Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen" vom 26. April 1912 herausgegeben. Die im Jahre 1911 ausgearbeiteten Musterfatzungen sind durch Musterwahlordnungen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl für die Orts-, Betriebs- und Innungskassen ergänzt worden. Zur Durchführung des § 1479 RVO. hat das Reichsversicherungsamt unterm 31. Mai 1912 ein Rundschreiben an die Landesversicherungsanstalten und Sonderanstalten erlassen, nach welchen über die bei ihnen einlaufenden Quittungskarten, die Zusatzmarken enthalten, Zahlkarten auszufertigen sind. Ueber die Rechnungsführung bei den Versicherungsanstalten sind neue Bestimmungen erlassen worden.

Mit Beginn des Jahres 1912 wurde durch die Reichsversicherungsordnung als neuer Zweig der sozialen Fürsorge die Hinterbliebenenversicherung eingeführt. Nach den vierteljährlichen Nachweisungen der Versicherungsträger wurden im Jahre 1912 von den 31 Versicherungsanstalten 117273 Invalidenrenten, 11184 Krankenrenten und 11641 Altersrenten, 3336 Witwenrenten und Witwerrenten, 98 Witwenkrankenrenten und 12473 Waisenrenten, zusammen 156011 Renten festgesetzt, von den 10 Sonderanstalten 10378 Renten, nämlich 1582 Invalidenrenten, 386 Krankenrenten, 470 Altersrenten, 475 Witwen- und Witwerrenten, 12 Witwerkrankenrenten und 1483 Waisenrenten. Die Gesamtzahl der bis zum 31. Dezember 1912 anerkannten Rentenansprüche betrug daher 166389.

Von den bis Ende 1912 überhaupt festgesetzten 2761270 Invaliden-, Kranken- und Altersrenten liefen nach den Angaben der Versicherungsträger am 1. Januar 1913 noch 1071600, nämlich 965624 Invalidenrenten und 90071 Altersrenten. Hiervon fielen auf die 31 Versicherungsanstalten 903053 Invalidenrenten, 15645 Krankenrenten, 88309 Altersrenten, insgesamt also 1007007 Renten; auf die 10 Sonderanstalten insgesamt 64593 Renten, und zwar 62571 Invalidenrenten, 260 Krankenrenten und 1762 Altersrenten.

Bis Ende 1911 wurden 2272298 M. an Entschädigungen ausgezahlt, davon im Jahre 1911 203866298 M. Die Einnahme an Beiträgen ist 1912 auf 270 Millionen M. angewachsen gegen einer Einnahme von 209 Millionen M. im Jahre 1911. Diese Erhöhung ist in erster Linie auf die Wertesteigerung der Beitragsmarken zurückzuführen. Der Erlös aus dem Verkaufe der Beitragsmarken durch die Post betrug im Berichtsjahr 24570305 M. gegen 192700488 M. im Jahre 1911 und 180993698 M. im Jahre 1910. Das Vermögen der Versicherungsträger wird Ende 1912 auf etwa 1900 Million M. (gegen 1759 Millionen M. Ende 1911) angewachsen sein. Im Jahre 1891 waren rund 78 % des Bestandes in Wertpapieren und nur 22 % in Darlehn angelegt, am Schlusse des Jahres 1911 nur noch 34,5 % in Wertpapieren, dagegen 58,7 % in Darlehn. 5,1 % des Vermögens war in Grundstücken angelegt. Das Gemeinvermögen betrug Ende des Berichtsjahres 64 Millionen M., das sind 8 Millionen M. mehr als Ende 1911.

Digitized by Google

In einer Reihe von Fällen war eine Entscheidung zu treffen, ob eine versicherungspflichtige Beschäftigung vorlag. Versicherungspflicht ist angenommen worden bei einem Gutsschmied, der seine Arbeitskraft als Schmied und in geringem Umfang auch in der Landwirtschaft in erster Linie der Gutsherrschaft zur Verfügung zu stellen hatte und dafür als Entgelt neben freier Wohnung und Arbeitsstätte auch in erheblichem Umfang Sachleistungen erhielt. Er wurde deshalb als Gehilfe der Gutsverwaltung angesehen. Gleichfalls bejaht ist die Versicherungspflicht eines Kreisdesinfektors bejaht worden, da er als Gehilfe in abhängiger Stellung anzusehen war. In mehreren Fällen war Befreiung von der Versicherungspflicht nicht anzusehen. So insbesondere bei der Frau eines Gefangenenaufsehers, die von einer Gefängnisverwaltung beschäftigt wurde, und ebenso bei einer Handarbeitslehrerin. In beiden Fällen wurde ausgeführt, daß ein aus dem Anstellungsverhältnisse des Ehemanns sich ergebender Anspruch auf Witwenpension nicht gleichbedeutend sei mit der Anwartschaft auf Ruhegeld im Sinne des § 1234 RVO.

Es war noch über zahlreiche Beitragserstattungsansprüche zu entscheiden, deren Rechtsgrund vor dem 1. Januar 1912 eingetreten war. Insgesamt gingen in Beitragserstattungssachen 964 Gesuche ein. Mit den unerledigten Gesuchen aus dem Vorjahr waren 1097 Gesuche zu erledigen.

Im Jahre 1911 haben die Träger der Invalidenversicherung 47519 versicherte Personen wegen Lungen- oder Kehlkopftuberkulose in Heilanstalten für Lungenkranke, Genesungsheimen, Krankenhäusern, Bädern usw. mit einem Kostenaufwande von 18,2 Mill. M. behandeln lassen. Für die Behandlung von 39668 Versicherten, bei denen andere Krankheiten, außer Lupus, in Frage kamen, ist ein Betrag von 8,3 Mill. M. aufgewendet worden. Wegen Lupus sind 190 Personen behandelt worden. Außerdem wurden nahezu 31000 Personen wegen Zahnkrankheiten in Heilbehandlung genommen, die einen Aufwand von rund 860000 M. erforderte. Mehr als 2 Mill. M. haben für Zwecke des Heilverfahrens ausgegeben die Landesversicherungsanstalten Berlin und Rheinprovinz, über 1 Mill. M. die Landesversicherungsanstalten Schlesien, Königreich Sachsen und Württemberg, nahezu 1 Mill. M. die Landesversicherungsanstalten Brandenburg, Hannover, Westfalen und Baden. Auf 100 M. der Beitragseinnahmen entfielen 1911 an Ausgaben für das Heilverfahren bei allen Versicherungsträgern durchschnittlich 10,52 M. Mit mehr als 15 von 100 M. sind beteiligt die Landesversicherungsanstalt Berlin (22,2 M.), die Arbeiterpensionskasse für die Badischen Staatseisenbahnen und Salinen (17,08), die Pensionskasse der Reichseisenbahnen (16,86 M.) und die Landesversicherungsanstalt Elsaß-Lothringen (15,71 M.). 10—15 % der Beitragseinnahmen haben 14 Versicherungsträger ausgegeben, während der Aufwand der übrigen unter 10 % der Beitragseinnahmen zurückbleiben.

Zur Durchführung einer geordneten Krankenpflege auf dem Lande haben die Versicherungsträger im Jahre 1911 367632 M. aufgewendet. Ferner haben sie zur Bekämpfung allgemeiner Volkskrankheiten: Lungentuberkulose, Alkoholmißbrauch, Geschlechtskrankheiten, Lupus usw., sowie zur Errichtung und zum Unterhalte von Walderholungsstätten und Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke im ganzen 729438 M. als Beihilfen, Zuschüsse und Jahresbeiträge an Vereine, Gesellschaften usw. hergegeben. Für das Jahr 1912 hat das Reichsversicherungsamt den seiner Aufsicht unterstellten 19 Versicherungsanstalten auf Grund des § 1274 RVO. die Genehmigung erteilt, für die dort genannten Zwecke im ganzen 1028577 M. auszugeben.

Zur Ueberwachung der Beitragsentrichtung sind jetzt bei den Versicherungsanstalten 445 Beamte tätig. Im Aufsichtsbezirke des Reichsversicherungsamtes sind rund 4½ Millionen Versicherte überwacht und an rückständigen Beiträgen im Jahre 1911 etwa 1392400 M. ermittelt und eingezogen worden. Dazu tritt der Mehrbetrag, der durch Nachverwendung höherer statt der ursprünglich verwendeten zu niedrigen Marken erzielt worden ist.

Die Invalidenhauspflege hat erfreuliche Fortschritte gemacht. Während im Jahre 1911 = 3927 Personen in Invalidenhäusern oder ähnlichen Anstalten untergebracht waren, ist diese Zahl am Ende des Jahres 1912 auf 4431 gestiegen. Hiervon entfallen auf lungentuberkulose Rentenempfänger 1208 gegen 1110 im Vorjahr. Ohne Vermittlung der Versicherungsträger sind 16817 Rentenempfänger in Siechen- und Krankenhäusern, Stiften usw. verpflegt worden.

Eigene Invalidenhäuser mit 522 Betten besaßen 10 Versicherungsträger, 3 Häuser mit 153 Betten waren für die Invalidenhauspflege gemietet. Die Grunderwerbs-, Bau- und Einrichtungskosten der im Besitze der Versicherungsträger befindlichen Invalidenheime betrugen bis zum Schlusse des Berichtsjahres 1279784 M. Die Kosten für ein Bett stellten sich im höchsten Fall auf 5041 M., im niedrigsten Falle auf 1137 M. Die Pflegekosten erreichten nach Abzug der Erstattungen durch den Rentenverzicht, durch Zuschüsse von Gemeinden usw. im Jahre 1912 den Betrag von 1069430 M. gegen 903483 M. im Vorjahr.

Zur Förderung des Baues von privaten Invalidenheimen und sonstigen Einrichtungen für die Invalidenhauspflege haben 13 Versicherungsträger bis Ende 1912 Darlehn im Betrage von 5791000 M. hergegeben. Von den im Jahre 1912 in Invalidenheimen und Krankenhäusern untergebrachten 1208 lungentuberkulosen Rentenempfänger entfielen auf die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz 504, auf Schlesien 292 und auf Großherzogtum Hessen 88 Personen.

Bis zum 31. Dez. 1912 waren für gemeinnützige Zwecke 1117557458 M. Darlehn hergegeben worden. Davon wurden inzwischen zurückgezahlt 160913521 M., so daß ein Bestand von 888371093 M. verbleibt. Die Genehmigung zur Gewährung von Darlehn auf Erbbaurecht wurde 1912 vom Reichsversicherungsamt in 4 Fällen erteilt.

2. Rechtsprechung.

Die 4735 durch Urteil erledigten Revisionen betrafen 5598 Streitfragen. Am häufigsten war streitig, ob bereits Erwerbsunfähigkeit eingetreten oder wieder behoben war. Demnächst häufig kam eine Veränderung im Sinne des § 47 des IVG. in Frage. Wesentliche Mängel des Verfahrens lagen in 840 Fällen vor. In der Rechtsprechung hatte das Reichsversicherungsamt häufig Gelegenheit, sich namentlich in grundsätzlichen Entscheidungen auch mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung zu befassen.

Von den Versicherungsanstalten und Sonderanstalten sind im Jahre 1912 222193 berufungsfähige Bescheide in Invaliden- und Hinterbliebenenversicherungssachen und noch 28595 beschwerdefähige Bescheide in Beitragserstattungssachen erteilt worden. Die Zahl der Bescheide in Invalidenrentensachen hat gegenüber dem Vorjahr eine Vermehrung um 0,9 % und die der Bescheide in Altersrentensachen eine Vermehrung um 5,5 % erfahren.

Digitized by Google

Von den berufungsfähigen Bescheiden betrafen 80,5 % Invaliden-, 6,1 % Altersrenten- und 13,4 % Hinterbliebenenversicherungssachen.

Von den Festsetzungsbescheiden in Invalidenrentensachen ergingen 112716, das sind 91,7 %, für dauernde und 11163, das sind 8,3 %, für vorübergehende Invalidität. Ferner betrafen von diesen Festsetzungsbescheiden 118608, das sind 88,6 %, Invalidenrentensachen ohne Kinderzuschuß und ohne Zusatzrenten, 15148, das sind 11,3 %, solche mit Kinderzuschuß; 112, das sind 0,1 %, solche mit Zusatzrenten, und 20 Invalidenrentensachen mit Kinderzuschuß und mit Zusatzrenten. Von den Berufungen wurden 82,8 % durch Entscheidung des Oberversicherungsamts, 17,2 % auf andere Weise erledigt. Von den durch Urteil des Schiedsgerichts erledigten Berufungen wurden 17,2 % zugunsten der Versicherten und 82,8 % zugunsten der Versicherungsträger entschieden. Beweisaufnahmen haben in 12636 Sachen stattgefunden, darunter in 11714 Sachen durch ärztliche Gutachten und in 316 Sachen außerhalb der Gerichtsstelle.

Kosten des gerichtlichen Verfahrens sind einer Partei in vier Fällen auferlegt worden. Im Jahre 1912 sind zu den bisher zu bearbeitenden Revisionen in Invaliden- und Altersrentensachen noch die in Hinterbliebenenrentensachen getreten. Eingegangen sind insgesamt 5069 Revisionen gegen 5930 im Jahre 1911, also 14,65 % weniger.

An den Revisionen sind die preußischen Landesversicherungsanstalten mit 4137 oder 81,61 % beteiligt. Auch diesmal steht die Landesversicherungsanstalt Schlesien, obwohl die Revisionen von 1423 auf 1184 zurückgegangen sind, an erster Stelle. Die nächsthöchste Anzahl hat die Landesversicherungsanstalt Berlin mit 389 gegen 327 im Jahre 1911. Die dritte Stelle nimmt die Landesversicherungsanstalt Ostpreußen mit 354 ein, während die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, die im Vorjahre an dieser Stelle stand, nur noch 318 Revisionen gegen 404 im Vorjahre aufzuweisen hat. Zugenommen haben außer Berlin die Revisionen nur noch in Hannover von 210 auf 234 und in Pommern von 158 auf 160.

Der Anteil der Revisionen in Altersrentensachen beträgt nur noch 0,91 %, der der Hinterbliebenensachen 2,98 %. Im Reichsversicherungsamt haben in 329 Sitzungen mündliche Versammlungen in 4851 Sachen stattgefunden. Der Große Senat hat über zwei Revisionen entschieden. Versicherte waren in den Sitzungen durch Rechtsanwälte in 16 Fällen, durch Arbeitersekretäre in 91 Fällen vertreten.

Sprechsaal.

Zu § 1683 RVO.

§ 1683 RVO. ermächtigt den Vorsitzenden der Spruchkammer, den Vollzug des Endbescheides des Versicherungsträgers, durch welchen eine Unfallentschädigung wegen Aenderung der Verhältnisse herabgesetzt oder dem Einzuge unterstellt wird, auf Antrag des Verletzten einstweilen ganz oder teilweise auszusetzen. Der Antrag hat zur Voraussetzung, daß der die Rente abändernde Endbescheid mit Berufung angefochten ist. In der Praxis wird sich die Sache meistens so gestalten, daß dem Berufungsantrag ein weiterer Antrag angefügt ist, dem Rechtsmittel aufschiebende Wirkung, sei es für den ganzen Betrag der Entschädigung oder für einen Teil derselben einzuräumen.

Der Vorsitzende der Spruchkammer wird sich darüber schlüssig machen, ob er dem Antrage stattgeben will oder nicht; er kann aber die getroffene Anordnung auch jederzeit wieder aufheben, z. B. dann, wenn ein Beweis zu ungunsten des Berufungsklägers ausgefallen ist, die Verhandlung der Spruchkammer aber erst später stattfinden kann. Es handelt sich um eine Befugnis des Vorsitzenden, die in sein freies Ermessen gelegt ist. § 1683 RVO. letzter Satz spricht nun aus, daß die Anordnung nicht für sich allein, sondern nur mit der Entscheidung in der Hauptsache angefochten werden kann.

Wird untersucht, in welchem Falle die Möglichkeit besteht, die Anordnung mit der Entscheidung in der Hauptsache anzufechten, so ergibt sich zunächst, daß gegen Abänderungsbescheide der Unfallversicherungsträger, mögen sie sich auf vorläufige oder Dauerrenten beziehen, gemäß § 1700 Ziff. 7 und 8 lediglich das Rechtsmittel der Berufung mit Ausschluß des Rekurses gegeben ist. Man fragt daher vergeblich, wann der Fall eintreten kann, die Anordnung des Vorsitzenden der Spruchkammer mit der Entscheidung in der Hauptsache anzufechten Denn die Entscheidung, von der im Schlußsatze des § 1683 die Rede ist, kann nur die der angerufenen Spruchkammer sein und diese ist ausnahmslos eine endgültige. Hierbei mag bemerkt sein, daß die Feststellung der Rente nach Beendigung einer Heilanstaltpflege als neue Feststellung nach Aenderung der Verhältnisse nicht anzusehen ist und demnach die hier gegebene Rekursmöglichkeit ausscheidet. Wie ist diese Unstimmigkeit zu erklären?

Aus den Gesetzesmaterialien ergibt sich folgendes: Der Entwurf einer Reichsversicherungsordnung enthielt in § 1614 eine Bestimmung, die mit der des § 1683 im Wortlaute völlig übereinstimmt. Sie befand sich aber nicht wie jetzt, in der von dem Verfahren vor dem Oberversicherungsamte handelnden Unterabteilung des II. Abschnittes des 6. Buches, sondern in der von dem Verfahren vor dem Versicherungsamte handelnden Unterabteilung. Würde die Absicht des Entwurfes, die erstinstanzielle Entscheidung über Leistungen der Unfallversicherung dem Spruchausschusse des Versicherungsamtes zuzuweisen, durchgedrungen sein, dann würde das Anordnungsrecht des § 1683 dem Vorsitzenden des Spruchausschusses des Versicherungsamtes zugestanden haben; dann wäre aber auch die Möglichkeit gegeben gewesen, die Anordnung des Vorsitzenden des Spruchausschusses mit der Entscheidung in der Hauptsache anzufechten, da gegen die Entscheidung des Spruchausschusses Berufung an die Spruchkammer des Oberversicherungsamtes ausnahmslos vorgesehen war.

Nachdem vom Reichstage beschlossen wurde, die erstinstanzielle Entscheidung über die Leistungen der Unfallversicherung wieder in die Hände des Versicherungsträgers zu legen, konnte § 1614 des Entwurfes im erstinstanziellen Verfahren wegen des Fehlens des unparteiischen Vorsitzenden keine Stelle mehr finden. Die Kommission, welcher das Plenum beitrat, wollte indes dem in der Vorschrift des § 1614 des Entwurfes gelegenen gesetzgeberischen Gedanken wenigstens im Verfahren vor dem Oberversicherungsamte Rechnung tragen, weil er immerhin eine Art von Ausgleich für die Abschaffung des Antragsverfahrens nach § 88 Abs. 3 GUVG. zugunsten der Versicherten bedeutete.

Digitized by Google

So wanderte die Bestimmung unter die Verfahrensvorschriften der II. Instanz, wo sie im Kommissionsbericht als § 1642a in unveränderter Fassung erschien und unangefochten alle Lesungen passierte. Bei der endgültigen Zählung wurde aus § 1642a des Entwurfes der § 1683 des Gesetzes. Bei der Verschiebung des Paragraphen wurde nur übersehen, seine Fassung der vom Reichstag beschlossenen Ordnung des Verfahrens in Sachen der Unfallversicherung anzupassen und den Schlußsatz, für dessen Anwendung nach der jetzt geltenden Gestaltung des Rechtszugs kein Raum bleibt, zu streichen.

Oberregierungsrat Weidner,
Direktor des Oberversicherungsamts Nürnberg.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber der Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Ein Dienstmädchen, das täglich Geschäftsräume reinigt, ist krankenversicherungspflichtig.

1. Nach Hagen. Antwort: Da das Dienstmädchen nicht nur Hausarbeitet verrichtete, sondern auch täglich das Bureau und das Ladenlokal reinigte, so war es krankenversicherungspflichtig; denn es übte insoweit eine gewerbliche Tätigkeit aus. Daß dies nur nebenher geschah, ist belanglos. Nur wenn eine solche gewerbliche Nebentätigkeit gelegentlich und in geringem Umfange stattfindet, begründet sie die Versicherungspflicht nicht (Vgl. Hahn, Das Krankenversicherungsgesetz, 6. Auflage, Anm. 2b S. 68 zu § 4, Preußisches Oberwaltungsgericht in der Arb.-Versorgg. 24 S. 552, 553). Nach dem Gesagten war der Arbeitgeber in Ihrem Falle zur Anmeldung verpflichtet und haftet daher der Kasse nach § 50 KVG. Er handelte zum mindesten insoweit fahrlässig, als er es unterließ, wenn er über die Versicherungspflicht Zweifel hegte, sich hierüber an maßgebender Stelle zu erkundigen.

Die Oberaufsicht in der Krankenversicherung nach der Reichsversicherung.

2. Nach Straßburg i. E. Antwort: Das Oberversicherungsamt übt eine Oberaufsicht über die Krankenkassen in dem Sinne, wie sie nach § 44 KVG. der oberen Verwaltungsbehörde zusteht, nicht aus. Diese kann nach dem Krankenversicherungsgesetz auch von Amts wegen die Anordnungen der unteren Verwaltungsbehörde beanstanden und selbst durch Verfügungen an die Kassen, soweit diese einer Aufsicht unterliegen, eingreifen. Dazu ist das Oberversicherungsamt nicht befugt. Dieses übt vielmehr teils selbst einige Aufsichtsbefugnisse aus (vgl. §§ 372—375 RVO.), teils ist es Beschwerdeinstanz für Anordnungen des Versicherungsamts, entscheidet aber als solche nur, wenn es angerufen wird. Man wird allerdings annehmen müssen, daß das Versicherungsamt selbst einer gewissen Aufsicht durch die obere Verwaltungsbehörde unterworfen ist; denn es bildet ja eine Abteilung der unteren Verwaltungsbehörde. Allein diese Aufsicht muß überall da fortfallen, wo nach der Reichsversicherungsordnung das Oberversicherungsamt zuständig ist, so daß sie sich auf die eigenen Angelegenheiten des Versicherungsamtes, Organisation und Verwaltung, beschränkt. Eine Oberaufsicht über die Kassen wird nach der Reichsversicherungsordnung auch von der oberen Verwaltungsbehörde nicht ausgeübt.

Die Stellung der Witwe in der Invalidenversicherung nach neuen und nach altem Recht.

3. Nach Eisleben. Antwort: In vielen Fällen ist in der Tat die Witwe eines Mannes, der gegen Invalidität versichert war, nach der Reichsversicherungsordnung schlechter gestellt, als früher nach dem Invalidenversicherungsgesetz, nämlich, wenn sie selbst weder invalide ist, noch auch ihrerseits die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten hat. Dann erhält sie jetzt gar nichts, während ihr früher die Hälfte der für ihren Manne entrichteten Beiträge stets erstattet wurde. Freilich hat sie nach dem neuen Recht Aussicht, im Falle der Invalidität eine Rente, Witwenrente, zu erhalten, auch wenn sie selbst nicht versichert ist.

Mehrere Ortskrankenkassen in dem Bezirk eines Versicherungsamtes.

4. Nach S. Antwort: Der Bezirk einer Ortskrankenkasse braucht sich mit dem des Versicherungsamts nicht zu decken. Denn in § 226 RVO. heißt es, daß die Ortskrankenkassen „innerhalb", also im Bereiche des Bezirks eines Versicherungsamts zu errichten sind; danach können innerhalb eines Bezirkes mehrere Ortskrankenkassen errichtet werden. Die Errichtung erfolgt durch Beschluß des Gemeindeverbandes, in Preußen also regelmäßig des Kreises. Der Bezirk eines Versicherungsamts (§ 226 Abs. 2), das gemeinsam für einen Stadtbezirk und mehrere Landgemeinden errichtet ist, umfaßt nicht nur den Stadtbezirk, sondern auch die Landgemeinden.

Gesamthaftung mehrerer Arbeitgeber für die Kassenbeiträge. — § 28 VG. ist nicht anwendbar, wenn der Versicherte vor seinem Ausscheiden erkrankt ist, sich aber erst nachher krank meldet. — Haftung des Arbeitgebers für die Beiträge bis zur Abmeldung.

5. Nach Bingen a. Rh. Antwort: a) Sie haben § 52 Abs. 2 KVG. (vgl. auch § 309 RVO.) übersehen, wonach die drei Arbeitgeber für die vollen Beiträge als Gesamtschuldner haften, d. h. die Kasse kann die (einheitlich nach dem Gesamtverdienst zu berechnenden) Beiträge nur einmal fordern, aber sich nach freier Wahl an jeden der drei Arbeitgeber halten; der in Anspruch Genommene macht dem Versicherten den vollen Abzug von $^2/_3$ und kann von den zwei anderen Arbeitgebern außerdem anteilige Erstattung des Arbeitgeberdrittels verlangen (§ 426 BGB.).

b) § 27 KVG. trifft nicht zu. Vermutlich meinen Sie § 28 KVG., wonach der Ausgeschiedene allerdings als Krankengeld nur den gesetzlichen Mindestbetrag, d. i. den halben durchschnittlichen Tagelohn fordern kann. Aber wenn der Arbeiter sich an demselben Montag krank meldete, an welchem der Arbeitgeber ihn mit Wirkung vom Samstag abmeldete, so liegt die Annahme nahe, daß er noch als Mitglied erkrankt sei; und hierauf, nicht auf den Tag der Krankmeldung

Digitized by Google

kommt es an. Alsdann hätte er das volle satzungsmäßige Krankengeld, also 60% des durchschnittlichen Tagelohns zu fordern. Ob der Fall in der Tat so liegt, hat nötigenfalls der Arzt zu beurteilen.

c) Die Abmeldepflicht nach § 49 Abs. 1 KVG. betrifft die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses. Es kann also nicht davon die Rede sein, daß sie schon dann Platz greife, wenn der Arbeiter erwerbsunfähig erkrankt. Bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung hat der Arbeitgeber die vollen Beiträge, nicht bloß das auf ihn selbst entfallende Drittel, zu zahlen (§ 52 Abs. 1 Satz 4 KVG.); und er kann nicht geltend machen, daß er den Arbeiter schon früher entlassen haben würde, wenn er gewußt hätte, daß jener erkrankt war.

d) Ebenso liegt der andere Fall, in welchem der Arbeiter sich entfernt hat und eine Zeitlang verschwunden blieb. Der Arbeitgeber konnte sich in diesem Falle gleichfalls nur durch Abmeldung von seiner Beitragspflicht befreien.

Keine Haftung des Vaters für schuldhaftes Verhalten des volljährigen Sohnes. — Schadenhaftung, wenn der Verletzte den Täter gereizt hat.

6. Nach Lobenstein. Antwort: a) Wenn der kranke Versicherte, entgegen den Verhaltensvorschriften, sich an den Arbeiten im Betriebe des Vaters beteiligt hat, so ist nicht einzusehen, aus welchem Rechtsgrunde der Vater für die Kosten haftbar gemacht werden könnte, welche der Kasse dadurch erwachsen sind, daß der Versicherte sich bei dieser Arbeit eine Quetschung zuzog. Ein erwachsener, volljähriger Sohn hat für sich selbst einzustehen. Ein Anspruch des Sohnes gegen seinen Vater, der gemäß § 57 Abs. 4 KVG. auf die Kasse übergegangen wäre, ist ganz ausgeschlossen.

b) Nach Ihren nicht recht klaren Angaben nehmen wir an, daß die Kasse die Behandlung in der Klinik des auswärtigen Augenarztes bewilligt hat. Das ist eine Einweisung in ein Krankenhaus, welche die Kasse verpflichtet, unter den Voraussetzungen des § 7 Abs. 2 KVG. auch das Angehörigenkrankengeld zu bezahlen. Kehrt das Mitglied noch erwerbsunfähig in seine Familie zurück, so ist ihm das Krankengeld zu zahlen. Ein Versagungsgrund läßt sich daraus, daß der Versicherte die Verletzung durch eine Mißhandlung erlitt, zu der er einen anderen „durch Redensarten gereizt" hatte, nicht herleiten (vgl. § 26a Abs. 2 Ziff. 2 KVG.). Dagegen kann die Kasse auf Grund des § 57 Abs. 4, 5 KVG. mit §§ 823 ff. BGB. vom Schuldigen Ersatz verlangen. Daß möglicherweise ein mitwirkendes Verschulden des Verletzten angenommen werden kann, würde höchstens zu einer billigen Ermäßigung der Ersatzpflicht führen (§ 254 BGB.).

Weihnachtsgratifikation als Teil des Entgelts bei der Frage der Versicherungspflicht nach § 165 Abs. 2 RVO.

7. Nach Oberschöneweide. Antwort: Auch Weihnachtsgeschenke gehören nach § 160 RVO. zum Entgelt, wenn sie auch nur gewohnheitsmäßig gewährt werden, d. h. so, daß der Versicherte mit einiger Sicherheit darauf rechnen kann (vgl. besonders Handb. der Unfallversicherung Bd. 1 S. 240, 241 Anm. 1a und 3 zu § 6 GUVG.). Dann aber bilden sie auch einen Teil des „regelmäßigen Jahresarbeitsverdienstes", der nach § 165 Abs. 2 als Grenze der Versicherungspflicht in Betracht kommt. Es kann nicht ernstlich davon die Rede sein, daß jemand 11 Monate im Jahre versicherungspflichtig und im 12. versicherungsfrei sein soll, weil er erst durch die üblicherweise zu Weihnachten zu zahlende „Gratifikation" auf mehr als 2500 M. kommt; sondern die Frage der Versicherungspflicht muß beim Beginne des Beschäftigungsverhältnis nach dem mit einiger Sicherheit zu erwartenden Verdienst für das ganze Jahr, also einschließlich der erst später fälligen Gratifikation, beurteilt werden. Ergibt sich danach ein Verdienst von über 2500 M., so besteht keine Versicherungspflicht, und daran wird auch dadurch nichts geändert, daß aus irgendeinem Grunde die Weihnachtsgratifikation tatsächlich nicht zur Auszahlung gelangt, so daß die wirklichen Bezüge für das ganze Jahr schließlich unter jener Verdienstgrenze bleiben. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenversicherung S. 184 Anm. 25c zu § 165 RVO. mit der Berichtigung S. 713.

Gehaltsansprüche gegen einen sich auflösenden Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit.

8. Nach X. Antwort: Die Rechte der Angestellten des Versicherungsvereins bestimmen sich nach ihrem Vertrage. Nur nach dem Vertrage ist daher zu beurteilen, ob die Anstellung für eine bestimmte Zeit oder gar für die Lebenszeit unkündbar erfolgt oder welche Kündigung etwa vereinbart ist. Fehlt es an bestimmten Abmachungen hierüber, so gelten für die Kündigung die gesetzlichen Vorschriften der §§ 620—623 BGB. Bei besoldeten Vorstandsmitgliedern, die auf zwei Jahre gewählt sind und die Wahl angenommen haben, gilt der Vertrag selbstverständlich als für diese Zeit geschlossen. Hieraus folgt, daß die Angestellten, auch wenn die Kasse für ihre Dienste keine Verwendung hat, an sich Anspruch auf die vertragsmäßige Vergütung für die Dauer ihres Vertrages haben würden. Warum das gerade ein Jahresgehalt sein sollte, ist nicht ersichtlich. Der Versicherungsverein hätte den Angestellten gegenüber von den vertragsmäßigen Kündigungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen. Mit Ablauf der Kündigungsfrist und bei den Vorstandsmitgliedern mit Ablauf der Wahlzeit würde der Anspruch auf Gehalt wegfallen.

Diese Rechtslage erleidet aber eine wesentliche Aenderung, wenn der Versicherungsverein unter dem Zwange der Verhältnisse genötigt ist, sich aufzulösen. Der Art. 32 Einf.Ges. z. RVO. findet in diesem Falle keine Anwendung, da er nur für Krankenkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung (§ 225) gilt, zu denen die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (Hilfskassen) nicht gehören. Es gilt vielmehr § 323 BGB. Dadurch, daß der Verein sich auflöst, also zu bestehen aufhört, wird die Leistung der Dienste an ihn unmöglich, und zwar, wenn die Auflösung unter dem Zwange der veränderten Gesetzgebung erfolgt, infolge eines Umstandes, den keiner der beiden Vertragsteile zu vertreten hat. Deshalb erlischt im Zeitpunkte der Auflösung des Vereins gemäß § 323 BGB. jeder Anspruch der Angestellten sowohl wie der Vorstandsmitglieder auf weitere Gehaltszahlung. Davon abgesehen, würde übrigens in der Auflösung auch ein wichtiger Grund zur Kündigung des Dienstverhältnisses ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist, d. h. zur sofortigen Entlassung aller Angestellten, einschließlich der Vorstandsmitglieder, liegen (§ 626 BGB.). Das schließt natürlich nicht aus, daß das zuständige Vereinsorgan (die Generalversammlung) ihnen aus Billigkeitsrücksichten noch für eine bestimmte Frist über die Auflösung hinaus ihr Gehalt zubilligt. Aber ein klagbarer Anspruch hierauf würde nach unserer Auffassung nicht bestehen.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **21. Mai 1913.**

Redaktion:	**Nr. 15**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Wieweit sind Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, nach der Reichsversicherungsordnung Prozeßfähigen gleichgestellt?

Vom Direktor des Oberversicherungsamts, Regierungsrat **Dr. Rang** in Koblenz.

Die Ausführungen von Lehmann im Hanowschen Kommentar Bd. V in der Anm. 5c zu § 1583 (S. 193) erscheinen der Nachprüfung bedürftig.

Sie gehen von der Auffassung aus, daß die §§ 1591 Abs. 3, 1650 Abs. 3 RVO. einerseits und 1679 Abs. 1, 1698 und 1701 andererseits in Verbindung mit 1658 Abs. 2 im Widerspruch zueinander stehen, wenn man die ersteren wörtlich auslegen wollte. Zur Ausgleichung bieten sich nach diesem Kommentar nur zwei Lösungen dar. Tatsächlich bieten sich drei Lösungen dar, von denen die dritte zugleich erkennen läßt, daß ein eigentlicher Widerspruch zwischen den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, der einer Ausgleichung bedürfte, überhaupt nicht vorliegt.

Die angezogenen Bestimmungen besagen:

a) § 1591 Abs. 3 (der unter dem Titel „Entscheidung der Versicherungsträger" steht): daß im unfallrechtlichen Verfahren Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, selbständig Einspruch erheben können;

b) § 1650 Abs. 3 (im Abschnitt „Feststellung im Spruchverfahren" unter dem Titel „Verfahren bis zur mündlichen Verhandlung"): daß solche Minderjährigen bei Streit über Leistungen aus der Krankenversicherung den Antrag auf Entscheidung durch das Versicherungsamt für sich stellen und selbständig verfolgen können;

b) § 1658 Abs. 2 (in demselben Abschnitt unter demselben Titel wie § 1650 Abs. 3): daß gegen Vorentscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts ohne voraufgegangene mündliche Verhandlung (gegen welche Vorentscheidung nach § 1658 Abs. 1 sowohl das gegen das Urteil selbst zulässige Rechtsmittel wie der Antrag auf mündliche Verhandlung gegeben wird) solche Minderjährige den Antrag auf mündliche Verhandlung selbständig stellen können;

d) § 1679 (unter dem Titel „Verfahren vor dem Oberversicherungsamt"): daß hierfür die Vorschriften über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt entsprechend gelten, soweit nicht die nächsten, hier nicht in Betracht kommenden, Paragraphen etwas anderes vorschreiben;

e) § 1698 (unter dem Titel „Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt [Landesversicherungamt] 1. Krankenversicherung, Invaliden- und Hinterbliebenversicherung"): daß für das Verfahren über Revision die Vorschriften über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt entsprechend gelten, ebenfalls, soweit nicht bestimmte

Digitized by Google

folgende, hier nicht in Betracht kommende, Paragraphen etwas anderes vorschreiben; von der entsprechenden Anwendung schließt aber Abs. 2 des § 1698 die Vorschriften der §§ 1656 bis 1659, 1661 aus, also auch den unter c aufgeführten § 1658 Abs. 2;

f) § 1701 (daselbst unter Titel „Unfallversicherung"): daß für den Rekurs die Vorschriften über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt entsprechend gelten; die entsprechende Geltung wird analog der für die Revision vorgeschriebenen eingeschränkt, insbesondere durch Nichtgeltung der §§ 1656 bis 1659, also auch des § 1658 Abs. 2.

Diesen Paragraphen entnimmt der Lehmannsche Kommentar den Widerspruch, daß bei wörtlicher Anwendung der ersteren Vorschriften Minderjährige über 16 Jahre im Verfahren der Unfallversicherung bis zur Bescheiderteilung, abgesehen von der persönlichen Vernehmung nach Erhebung des Einspruches, nicht, und im Verfahren der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bis zur Bescheiderteilung überhaupt nicht prozeßfähig seien, daß sie es aber seien im Verfahren vor den höheren Instanzen. Mit Recht nimmt er an, dies Ergebnis könne nicht wohl beabsichtigt sein und bietet nun als Lösungen die beiden folgenden dar:

„Entweder hat der Minderjährige nur in den Fällen selbständig auftreten sollen, wo eine Verzögerung des Verfahrens besonders unerwünscht wäre (wie in der Unfallversicherung nach Einspruch und in der Krankenversicherung im Verfahren vor der ersten Instanz); dann läge in den §§ 1679 Abs. 1, 1698, 1701 ein Redaktionsversehen vor. Oder die §§ 1591 Abs. 3, 1650 Abs. 3 enthalten einen Rechtsgedanken, der in der Arbeiterversicherung allgemeine Geltung haben soll."

Unter Bezugnahme auf § 229 Abs. 3 AVG. glaubt Lehmann sich eher der zweiten Lösung anschließen zu können. Er will also über 16 Jahre alte Minderjährige in allen Arten und Stufen des Verfahrens, wie es sich nach der Reichsversicherungsordnung regelt, für prozeßfähig gelten lassen[1]).

Dies wäre eine weitgehende Abweichung vom bisherigen Rechtszustand und würde bei der Unerfahrenheit so jugendlicher Versicherter gegenüber der Tragweite unfallrechtlicher und invalidenrechtlicher Anträge, die für das ganze Leben bedeutsam sein können, eine sozialpolitisch ganz bedenkliche Maßnahme sein. Anders verhält es sich mit der Wahrnehmung von Ansprüchen aus der Krankenversicherung. Diese ermangeln durchweg ebenso großer Lebensbedeutsamkeit und sind zudem besonders eilbedürftig. In diesem sozialpolitischen Wertunterschied ist auch die rechtliche Grenze enthalten, wie weit der Minderjährige, der über 16 Jahre alt ist, vor den Sozialversicherungsbehörden der Reichsversicherungsordnung dem Prozeßfähigen gleichsteht. Aus diesem Prinzip heraus ergibt sich auch eine nicht auf Einschränkung oder Ausdehnung beruhende einfache Auslegung des Sinnes und Verhältnisses des oben angeführten Paragraphen. Wobei man nur erstens bei einem derselben gemäß seiner Entstehungsgeschichte zwar kein Redaktionsversehen, aber eine solche Redigierung zugeben muß, daß der Wortlaut jetzt zwingt, ein wenig über das Prinzip herüber zu greifen, doch auch dies nur in einem Umfange, daß immerhin das Prinzip nicht eigentlich verletzt wird, und wobei man zweitens der Entstehungsgeschichte des unfallrechtlichen Einspruchsverfahrens gerecht werden muß.

Beabsichtigt war nach dem Entwurfe zur RVO. bekanntlich, daß das Versicherungsamt über Klagen aus Kranken- und Unfallversicherungsstreitigkeiten als erste Instanz entscheiden sollte. Hinzugefügt hatte § 1610 des Entwurfes, daß auch die Minderjährigen über 16 Jahre selbständig dies Klageverfahren betreiben könnten. Indem der Reichstag das Versicherungsamt aber nur in Krankenversicherungsstreitsachen erste Instanz werden ließ und indem dies Gesetz wurde, ist in § 1650 der RVO. der dem § 1610 des Entwurfes entspricht, ausdrücklich der Antrag, um den es sich handelt und den auch ein 16jähriger Minderjähriger stellen kann, bezeichnet werden als „Antrag nach § 1636" das heißt über

[1]) In der Begründung zu § 1610 Abs. 3 des Entwurfs S. 497 (jetzt § 1650 Abs. 3) wird als Zweck der Vorschrift bezeichnet, „die Rechtsverfolgung in Angelegenheiten der Reichsversicherung" zu erleichtern. Das legt eine ausdehnende Auslegung der Vorschrift nahe.

(Anmerkung der Redaktion.)

Digitized by Google

Leistungen aus der Krankenversicherung. Damit ist zunächst die bezüglich der Minderjährigen eingeführte Abweichung von dem früheren Recht eingeschränkt worden auf das Verfahren in Krankenversicherungsstreitsachen und auch die §§ 1679, 1698 (dies gegen die Anm. 3 zu § 1650 bei Lehmann) geben zufolge entsprechender Anwendung des § 1650 den Minderjährigen kein weiteres Recht zur Einlegung und Verfolgung von Berufung und Revision als im Rahmen der Krankenversicherung.

Nachdem weiter im Gebiet der Unfallversicherung statt des abgelehnten erst-instanziellen Verfahrens vor dem Versicherungsamt das nicht-instanzielle Einspruchsverfahren vor dem Versicherungsamt eingeschoben worden ist, ist das zunächst für das instanzielle Verfahren vor dem Versicherungsamt vorgesehen gewesene Recht der Minderjährigen durch § 1591 Abs. 3 auch für das Einspruchsverfahren wieder aufgenommen worden. Selbstverständlich ergibt sich daraus nicht, daß dies Recht nun auch für das instanzielle Verfahren, also vor dem Oberversicherungsamt oder Reichsversicherungsamt (Landesversicherungsamt) zur Einführung gekommen wäre. § 1679 insbesondere besagt hierüber nichts, desgleichen nicht § 1701. Umgekehrt spricht ein Teil der Gründe, welche dazu geführt haben, in Unfallstreitsachen die Versicherungsämter nicht erste Instanz werden zu lassen, welche aber das Einspruchsverfahren gestaltet haben, dagegen, daß Minderjährigen jenes Recht vor den Instanzen verliehen werden sollte. Denn man hielt das Versicherungsamt seiner Natur nach nicht für geeignet, so schwerwiegende Entscheidungen, wie die über Unfallrenten sein können, zu treffen; hierfür wurde ein schwererer Apparat beliebt, ein Verfahren vor einem größer besetzten und höheren Gericht, wie es bisher schon bestand, und es ist anzunehmen, daß daher auch die bisher bestehenden schwereren Vorschriften über Prozeßfähigkeit wirksam bleiben sollten. Dagegen hielt man das Versicherungsamt für besonders geeignet, um eine Klarstellung der Verhältnisse durch Aussprache der wirklich Beteiligten, unter Abweisung gewerbmäßiger Vertreter, zu erzielen. Zu diesem auf persönliches Erscheinen gestellten Verfahren und nur zu diesem bildet das Recht der Minderjährigen, es ihrerseits zu beantragen, im Gebiete der Unfallversicherung das entsprechende Seitenstück.

Für das invalidenrechtliche Verfahren vor dem Versicherungsamt ist die Antragberechtigung der Minderjährigen nicht zur Einführung gekommen, da das Verfahren überhaupt von Amts wegen eintritt und im wesentlichen schon alten Rechtes war.

Während soweit alles klar ist, bringt nun der § 1658 Abs. 2 allerdings eine Unklarheit in die Rechtslage. Für sich oder in Verbindung mit § 1657 seinem Wortlaut nach gelesen, klingt er, als ob gegen Vorentscheidungen des Vorsitzenden des Versicherungsamts 16jährige Minderjährige Anträge auf mündliche Verhandlung stellen könnten, gleichviel, ob die Vorentscheidung auf dem Gebiet der Kranken-, der Unfall- oder der Invalidenversicherung läge. Tatsächlich kann sie ja nur auf dem Gebiet der Krankenversicherung liegen. Aber indem § 1679 den § 1658 auch für den Vorsitzenden der Spruchkammer des Oberversicherungsamts anwendbar macht, setzt er diesen allerdings in die Rechtslage, auf allen drei Versicherungsgebieten Vorentscheidungen zu treffen und gibt er dem Minderjährigen gegen die Vorentscheidungen dieses Vorsitzenden auf allen drei Gebieten das selbständige Recht, mündliche Verhandlungen zu beantragen. Zum Verständnis dieser Anomalie ist davon auszugehen, daß § 1619a des Antrags Nr. 502 Ziff. 2 zu § 1619 des Entwurfes das Vorentscheidungsrecht des Vorsitzenden des Versicherungsamts einführen wollte nur in Streitsachen über Leistungen aus der Krankenversicherung. Hieraus erklärt sich, daß auch für den Minderjährigen das Recht selbständiger Anträge gegeben wurde. Erst im Verlauf der gesetzgeberischen Verhandlungen (vgl. Lehmann zu § 1657) ist das Recht des Vorsitzenden zu Vorentscheidungen verallgemeinert worden, so daß es auch Unfallstreitsachen betroffen haben würde, wenn hierfür das Versicherungsamt instanziell zuständig geblieben wäre. Indem nun § 1679 alle Vorschriften über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt (mit hier nicht in Betracht kommenden Ausnahmen) für das Oberversicherungsamt für entsprechend anwendbar erklärt, hat er freilich das Recht der Minderjährigen zur Beantragung mündlicher Verhandlung soweit erstreckt, wie überhaupt der Vorsitzende des Oberversicherungsamts

Digitized by Google

Vorentscheidungen erlassen kann, nämlich soweit überhaupt sich das Spruchverfahren vor dem Oberversicherungsamt erstreckt, das heißt in allen drei Versicherungszweigen. Aber über diese Erstreckung heraus darf nach der Entstehungsgeschichte dies Recht der Minderjährigen nicht noch weiter erstreckt werden. Es ist bei den Beratungen über den § 1619 des Entwurfs ausdrücklich darauf hingewiesen worden, daß die Einführung von Vorentscheidungen des Vorsitzenden des Versicherungsamts nicht dadurch zu einer Mehrbelastung des Oberversicherungsamts führen dürfe, daß auf dem Wege der Berufung zu viele Sachen, die mündlich vor dem Versicherungsamt überhaupt noch nicht verhandelt seien, an das Oberversicherungsamt gebracht würden. Man ist deshalb von dem zeitweilig eingenommenen Standpunkt abgegangen, gegen diese Vorentscheidungen nur das Rechtsmittel der Berufung zu geben; man hat vielmehr deshalb auf den Gedanken zurückgegriffen, auch Antrag auf mündliche Verhandlung vor dem Versicherungsamt selbst zuzulassen. Wenn nun § 1658 Abs. 2 den Minderjährigen zwar das Recht gibt, diesen Antrag auf mündliche Verhandlung zu stellen, nicht aber auch das Recht, Berufung einzulegen, so wird man hierin einen Ausfluß der Tendenz erblicken müssen, die Verhandlung der Sache lediglich vor dem Versicherungsamt zu erleichtern und wird einer ausdehnenden Auslegung nicht zustimmen können, die in diesem Antragsrechte der Minderjährigen einen Rechtsgedanken erblickt, der in der Arbeiterversicherung allgemeine Geltung haben sollte.

Uebrigens bleibt trotz der Ausdehnung der Vorentscheidung und des darauf sich beziehenden Antragsrechts der Minderjährigen auf das Gebiet der Unfall- und Invalidenversicherung im Verfahren vor dem Oberversicherungsamt immerhin der an die Spitze unserer Betrachtung gestellte rechtsgestaltende sozialpolitische Gesichtspunkt gewahrt, daß den Minderjährigen keine Antragbefugnisse von solcher Tragweite für ihr Leben gegeben werden dürfen, daß sie bei ihrer Jugend diese nicht übersehen können. Denn nur *stellen* können die Minderjährigen den Antrag auf mündliche Verhandlung nach § 1658, nicht auch selbständig *verfolgen*, wie den Klageantrag in Krankenversicherungsstreitsachen nach § 1650. Die gesetzlichen Vertreter und nicht nur die Minderjährigen müssen also im Fall der §§ 1658 und insoweit 1679 zur Verhandlung geladen werden vorbehaltlich wieder des Gebietes der Krankenversicherung nach § 1650. Jedenfalls verbleibt nur diesen Vertretern das Recht des Rekurses oder der Revision.

Hiernach stellt sich also die Rechtslage wie folgt:

I. Im Gebiet der Krankenversicherung können Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, selbständig Klage vor dem Versicherungsamt, Berufung an das Oberversicherungsamt und Revision an das Reichsversicherungsamt erheben und ihre Anträge selbständig im Spruchverfahren verfolgen. Dasselbe gilt für sie in bezug auf Anträge auf mündliche Verhandlung gegen Vorentscheidungen des Vorsitzenden des Spruchausschusses des Versicherungsamts oder der Spruchkammer des Oberversicherungsamts.

II. Im Gebiet der Unfallversicherung können solche Minderjährigen a) selbständig Einspruch erheben, mit der Wirkung, daß sie als die „Berechtigten" persönlich zu hören (§ 1592) und vorzuladen sind (§ 1593) und die Vernehmung ihres Arztes als Gutachter verlangen dürfen (§ 1596). Nicht aber können solche Minderjährige selbständig klagen oder sonstige Rechtsmittel einlegen oder vertreten; b) sie können gegen Vorentscheidungen des Vorsitzenden der Spruchkammer des Oberversicherungsamts Antrag auf mündliche Verhandlung stellen, nicht aber auch den Antrag selbständig verfolgen.

III. Im Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung können solche Minderjährigen nur, wie gemäß Abs. II b, gegen Vorentscheidungen des Vorsitzenden der Spruchkammer des Oberversicherungsamts Antrag auf mündliche Verhandlung stellen, nicht aber auch den Antrag selbständig verfolgen.

Digitized by Google

Beitragsstreitigkeiten nach § 1459 RVO. in Verbindung mit § 210 AVG.

Von Inspektor **Welge** in Hamburg.

Der § 210 Abs. 3, 4 AVG. enthält folgende Anordnung:

„Soll in dem Verfahren nach diesem Gesetz die Versicherungspflicht einer Person verneint werden, weil sie nicht zu den im § 1 Abs. 1 bezeichneten Personen gehört, so ist in der Entscheidung festzustellen, ob sie zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 oder 6 RVO. bezeichneten Personen gehört. Wird festgestellt, daß sie zu diesen Personen gehört, so ist diese Entscheidung für das Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung bindend. Dem Träger der Invalidenversicherung ist Gelegenheit zur Aeußerung zu geben; dieser ist berechtigt, Rechtsmittel einzulegen und als Beteiligter den Antrag nach Abs. 2[1]) zu stellen.

Soll in dem Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung die Versicherungspflicht einer Person verneint werden, weil sie nicht zu den im § 1226 Abs. 1 Nr. 1 oder 6 bezeichneten Personen gehört, so ist in der Entscheidung festzustellen, ob sie zu den im § 1 Abs. 1 dieses Gesetzes bezeichneten Personen gehört. Wird festgestellt, daß sie zu diesen Personen gehört, so ist diese Entscheidung für das Verfahren nach diesem Gesetze bindend. Für den Träger der Angestelltenversicherung gilt Abs. 3 Satz 3 entsprechend."

In dem Entwurf zu dem § 210 AVG. waren die vorbezeichneten Bestimmungen nicht enthalten. Die Reichstagskommission beschloß in erster Lesung folgenden Zusatz: „In den Streitfällen, ob der Versicherungszwang durch die Versicherungsordnung oder nach diesem Gesetz begründet ist, ist eine voraufgegangene Entscheidung der Instanzen der Reichsversicherungsordnung maßgebend. Ist eine solche Entscheidung nicht ergangen, so erhält die Entscheidung nach den Bestimmungen dieses Gesetzes auch gegenüber den Instanzen der Reichsversicherungsordnung Rechtskraft." Der Abgeordnete, auf dessen Antrag dieser Zusatz gemacht wurde, befürchtete Unklarheiten, insbesondere mit Bezug auf die Werkmeister.

In der zweiten Lesung der Reichtagskommission und durch Beschlüsse des Reichstages in der zweiten Lesung erhielt die fragliche Bestimmung die jetzt vorliegende Fassung. Ein Abgeordneter führte hierzu noch folgendes an: „..... und wir haben hier eine fast unbedingte Sicherheit dagegen geschaffen, daß durch verschiedene Auslegung des Begriffes „Arbeiter" und „Angestellter" eine Person von beiden Versicherungen abgelehnt oder zwischen den beiden Versicherungen hin- und hergeschickt werden kann. Es ist ja etwas Neues, was hier in unser Gerichtsverfahren eingeführt wird, indem nach dem § 208 (jetzt 210) für die Instanz dieses Gesetzes in bestimmten Fällen, wenn sie nämlich jemanden für nicht versicherungspflichtig erklärt, weil er nicht Angestellter sei, zugleich obligatorisch ein Feststellungsverfahren vorgeschrieben wird darüber, ob er als Arbeiter im Sinne der Reichsversicherungsordnung zu bezeichnen sei. An diese Feststellung, wenn sie positiv erfolgt, sind dann sämtliche Instanzen der Reichsversicherungsordnung gebunden. Genau dasselbe findet auch umgekehrt statt. Ich möchte ... hervorheben, daß die Antragsteller sich sehr wohl bewußt sind, daß auch dieser Antrag ... noch eine kleine Lücke enthält. Es kann bei Kapitänen von See- und Binnenfahrzeugen, d. h. bei Schiffern im gesetzestechnischen Ausdruck, die 2000 M. Jahresarbeisverdienst haben, der ... Fall eintreten, daß durch eine verschiedene Auffassung der beiden Instanzen der Mann ins Leere fällt."

Bei der praktischen Anwendung des § 210 Abs. 3 AVG. ergibt sich demnach folgendes: Ensteht im Bereiche der Angestelltenversicherung Streit über die Beitragsleistung zwischen Versichertem und Arbeitgeber oder zwischen diesen und den Anstaltsorganen, so hat der Rentenausschuß und auf Beschwerde das Schiedsgericht bzw. Oberschiedsgericht zu entscheiden. Will nun eine dieser Instanzen die Versicherungspflicht der betreffenden Person verneinen, weil sie nicht unter § 1 Abs. 1 AVG. fällt, so ist in der Entscheidung zum Ausdruck zu bringen, ob sie zu den Arbeitern bzw. Gehilfen Gesellen, Lehrlingen, Dienstboten im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. oder der Schiffs-

[1]) Nach Abs. 2 des § 210 AVG. können die bei einer Beitragsstreitigkeit Beteiligten im Wege des Beschwerdeverfahrens das Oberschiedsgericht anrufen, wenn es sich um eine noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt.

Digitized by Google

besatzung deutscher Seefahrzeuge bzw. der Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt (§ 1226 Abs. 1 Ziff. 6 RVO.) gehört. Wird festgestellt, daß die Person, deren Versicherungspflicht im Bereiche der Angestelltenversicherung streitig ist, zu den in dem § 1226 Abs. 1 Nr. 1 oder 6 RVO. aufgeführten Versicherungspflichtigen zu rechnen ist, so ist diese auf Grund des AVG. ergangene Entscheidung auf dem Gebiete der Invalidenversicherung für die Beitragsleistung und das auf die Feststellung der Ansprüche gerichtete Verfahren bindend. In Fällen dieser Art ist der Träger der Invalidenversicherung (die Invalidenversicherungsanstalt bzw. die Sonderanstalt oder Seekasse) vor der Entscheidung von der für die Abgabe derselben zuständigen Instanz der Angestelltenversicherung zu hören; der Träger der Invalidenversicherung kann, sofern es sich um ein Verfahren vor dem Rentenausschuß handelt, die Entscheidung des Schiedsgerichts oder, wenn eine noch nicht feststehende Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung zur Erörterung steht, die Entscheidung des Oberschiedsgerichts der Angestelltenversicherung anrufen. Die von der Entscheidung betroffene Person kann natürlich ebenfalls Beschwerde erheben, und zwar nach § 210 Abs. 1 AVG. Unter der Bezeichnung „Auslegung gesetzlicher Vorschriften" sind hier selbstverständlich die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung zu verstehen. Die Inanspruchnahme der in dem § 1459 RVO. vorgesehenen Instanzen ist in einem solchen Verfahren natürlich ausgeschlossen. Führt das Feststellungsverfahren vor den Instanzen der Angestelltenversicherung zu dem Ergebnis, daß die betreffende Person der Angestelltenversicherung angehören muß, so unterbleibt die Mitwirkung des Trägers der Invalidenversicherung und damit entfällt auch die demselben anderenfalls zustehende Befugnis, Rechtsmittel einzulegen. Wird in der von einer Instanz der Angestelltenversicherung abgegebenen Entscheidung die Anwendung § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 oder 6 RVO. **verneint**, so ist dieselbe für das Verfahren **nach** der Reichversicherungsordnung **nicht** bindend.

Das Verfahren nach § 1459 RVO. **regelt sich künftig in folgender Weise.** Ist das Versicherungsamt bzw. Oberversicherungsamt oder Reichsversicherungsamt in einer auf dem Gebiete der Invalidenversicherung entstandenen Beitragsstreitigkeit der Ansicht, daß eine Person nicht zu den Arbeitern bzw. Gesellen, Gehilfen, Lehrlingen, Dienstboten oder der Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge bzw. der Besatzung von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 bzw. 6 RVO. gehört, so ist zu erwägen, ob sie etwa nach § 1 Abs. 1 AVG. versicherungspflichtig ist. Zutreffendenfalls ist die Sache an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, den Träger der Angestelltenversicherung, zur Aeußerung zu geben, die auch gegen die Entscheidung des Versicherungsamtes die Beschwerde bei dem Oberversicherungsamt einlegen und, wenn es sich um eine noch nicht feststehende Auslegung von Vorschriften des Versicherungsgesetzes für Angestellte handelt, die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes anrufen kann. Das Recht zur Einlegung der Beschwerde hat unter solchen Verhältnissen auch die Person, deren Versicherungspflicht streitig ist (§ 1459 Abs. 1 RVO.). Handelt es sich in einem nach § 1459 RVO. anhängig gemachten Streitverfahren **nicht** um versicherungspflichtige Angestellte im Sinne des § 1 Abs. 1 AVG. (wenn z. B. jemand als selbständig erachtet oder wegen Ueberschreitung der Einkommensgrenze von 2000 M. bzw. infolge eingetretener Invalidität als versicherungsfrei bezeichnet wird), so ist die Zuziehung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nicht erforderlich.

Die **Auskunftserteilung** (§ 122 AVG. und § 37 RVO.) wird durch das in dem § 210 Abs. 3, 4 AVG. vorgesehene Verfahren **nicht berührt.**

Anmerkung der Redaktion: Der Schlußsatz will wohl ungefähr folgendes besagen: An sich erteilt nach § 37 RVO. das Versicherungsamt nur „in Angelegenheiten der Reichsversicherung" — d. h. hier in Sachen, die sich nach der Reichsversicherungsordnung regeln —, der Rentenausschuß nach § 122 Ziff. 4 AVG. dagegen nur „in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung" Auskunft. Daß im Sinne des § 37 RVO. der Begriff der „Reichsversicherung" die Angestelltenversicherung nicht mit umfaßt, ist aus § 1 zu entnehmen; es ist nur an die dort bezeichneten, in der Reichsversicherungsordnung selbst geregelten Versicherungszweige gedacht, für deren Gesamtheit an anderer Stelle gelegentlich der sprachlich engere, der Rechtsentwicklung nicht mehr ganz entsprechende Ausdruck „Arbeiterversicherung" gebraucht ist (§§ 36, 80; vgl. Dyhrenfurth in Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft 1913 S. 258 ff.). Der Verfasser meint

Digitized by Google

also, daß jede der beiden Behörden nur für ihren Bereich Auskunft erteilt. Wir meinen aber: die aus § 1 RVO. zu folgernde und in der Fassung des § 122 Ziff. 4 AVG. liegende Beschränkung der Auskunftspflicht kann nicht hindern, daß eine der in Betracht kommenden Behörden bei der Auskunftserteilung auch auf das Gebiet der anderen übergreifen muß, wenn im einzelnen Falle eine Kollision der in Abs. 3, 4 des § 210 AVG. bezeichneten Art sich ergibt. Vgl. Manes-Königsberger Anm. 15 zu § 123 AVG.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Zur Ausführung von Art. 15 Einf.Ges. z. RVO.

Erlaß des **Bayerischen Staatsministeriums** des Innern vom 18. April 1913.

I. Ueber die Zulassung der Sonderkassen wird folgendes bestimmt:

1. Nach Art. 21 und 17 Einf.Ges. z. RVO. sind die besonderen Ortskrankenkassen sowie die Betriebs- und Innungskrankenkassen verpflichtet, ihre Satzungen bis zum 1. Juli 1913 mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Einklang zu bringen. Damit ist nach der Anschauung des K. Staatsministeriums des Innern nur die Anpassung an die allgemeinen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, nicht aber auch die Anpassung an die möglicherweise noch gar nicht bekannte Satzung der künftigen allgemeinen Ortskrankenkassen gemeint. Es ist demnach für die Leistungen der Kassen zunächst — vorbehaltlich des in nachfolgender Ziff. 4 Gesagten — nur bestimmt, daß diese mindestens den Regelleistungen der allgemeinen Ortskrankenkassen nach der Reichsversicherungsordnung entsprechen müssen. Ist dies der Fall, so entfällt für die Kassen jede Gefahr, geschlossen zu werden.

Nach Art. 19 Einf.Ges. z. RVO. haben die Kassen gleichzeitig mit dem Antrag auf Zulassung, oder falls dies nicht geschehen kann, später binnen einer vom Versicherungsamte festzusetzenden Frist einen Entwurf der Kassensatzung einzureichen, der „den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung entspricht". Auch hier hat nach Anschauung des K. Staatsministeriums des Innern die gleiche Auslegung wie bei Art. 21 Platz zu greifen.

2. Die Einreichung der Satzung zu dem nach Art. 17 Einf.Ges. z. RVO. und Art. 6 der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912 bestimmten Zeitpunkt (1. Januar 1913) konnte seinerzeit nicht verlangt werden, da die Mustersatzung noch nicht fertiggestellt war. Durch Entschließung vom 17. Dezember 1912 Nr. 118 b 40 sind daher die Versicherungsämter beauftragt worden, die Frist nach Art. 19 Einf.Ges. z. RVO. bis auf weiteres zu verlängern. Die Versicherungsämter werden hiermit angewiesen, diese Frist bis zum Ablaufe des 30. Juni 1913, also bis zu dem Zeitpunkte zu verlängern, in dem die Kassensatzung nach Art. 21 Einf.Ges. z. RVO. im Einklange mit der Reichsversicherungsordnung stehen muß. Hierbei ist es als genügend anzusehen, wenn die Kasse bis Ende Juni 1913 wenigstens im allgemeinen, soweit es billigerweise von ihr verlangt werden kann, ihre Satzungen mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Einklang gebracht und dem Versicherungsamt eingereicht hat. Sollten die Versicherungsbehörden etwas beanstanden müssen und Aenderungen oder Ergänzungen fordern, weil nach ihrer Beurteilung der Einklang noch nicht völlig erzielt ist, so bildet der Umstand, daß der Mangel bis Ende Juni 1913 nicht behoben ist, keinen Grund, die Kasse zu schließen.

3. Nach §§ 240 Nr. 3, 255 Abs. 1 Nr. 2, 256 RVO. wird eine besondere Ortskrankenkasse sowie eine Betriebs- oder Innungskrankenkasse, die vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bestand, nur zugelassen, wenn ihre satzungsgemäßen Leistungen denen der maßgebenden Krankenkasse mindestens gleichwertig sind oder binnen sechs Monaten gemacht werden. Vermutlich werden die neuerrichteten allgemeinen Ortskrankenkassen zunächst keine höheren Leistungen als die Regelleistungen vorsehen. Dies ist schon deshalb anzunehmen, weil die Kassen erst Erfahrungen sammeln müssen und es mißlich wäre, mit den Leistungen später zurückgehen zu müssen. Höhere Leistungen als die Regelleistungen werden daher voraussichtlich nur für die Kassen einiger kreisunmittelbarer Städte in Frage kommen, in denen die allgemeine Ortskrankenkasse jetzt schon höhere Leistungen gewährt. Die besonderen Ortskrankenkassen sowie die Betriebs- und Innungskrankenkassen, die ihren Satzungen die Regelleistungen der allgemeinen Ortskrankenkassen zugrunde legen, werden sonach für den Regelfall ohne weiteres die Gleichwertigkeit besitzen.

4. Die Entscheidung des Oberversicherungsamtes über die Zulassung einer Sonderkasse muß vor Ende des Jahres 1913 getroffen sein; sie ist tunlichst bald herbeizuführen. Behält eine Kasse, die nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. zur allgemeinen Ortskrankenkasse des neuen Rechts ausgestaltet wird, Mehrleistungen bei oder führt eine solche oder eine neu-

Digitized by Google

errichtete allgemeine Ortskrankenkasse mit Wirkung vom 1. Januar 1914 an Mehrleistungen ein, so sind diese Mehrleistungen zwar für die Sonderkasse maßgebend, steht jedoch bei der Prüfung nach Art. 20 Einf.Ges. z. RVO., §§ 240, 259 RVO. die Satzung der allgemeinen Ortskrankenkasse noch nicht fest, so kann das Oberversicherungsamt nach gutachtlicher Aeußerung des Versicherungsamts die Sonderkasse auch unter der Bedingung zulassen, daß die Sonderkasse binnen sechs Monaten die Gleichwertigkeit mit der allgemeinen Ortskrankenkasse herbeiführt, falls für diese höhere Leistungen als die Regelleistungen bestimmt werden sollten. Die sechsmonatige Frist zur Anpassung beginnt mit dieser Eröffnung.

5. Die neue Satzung der Sonderkassen ist von denjenigen Organen zu beschließen, die in der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 11. Januar 1913 (RGBl. S. 16) bezeichnet sind.

6. Können besondere Ortskrankenkassen, Betriebs- oder Innungskrankenkassen nach §§ 239 ff., 255, 256 nicht zugelassen werden, so sind sie durch das Oberversicherungsamt mit Wirkung vom Ablaufe des Jahres 1913 ab zu schließen. Hierbei sind die §§ 299 ff. RVO. (nicht §§ 298 Abs. 1 Nr. 2 Abs. 2, 286—297) anzuwenden.

II. Zum Vollzuge des Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. wird bemerkt:

1. Hat der Bezirk einer kreisunmittelbaren Stadt[1]) bereits eine gemeinsame Ortskrankenkasse (§ 16 Abs. 4 KVG.), deren Mitgliederkreis alle nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtigen des Bezirkes umfaßt, so kann diese gemeinsame Ortskrankenkasse gemäß Art. 15 Abs. 1 Einf.Ges. z. RVO. für den Bezirk der kreisunmittelbaren Stadt zur allgemeinen Ortskrankenkasse des neuen Rechts ausgestaltet werden. Jedoch geht das durch § 231 RVO. dem Stadtmagistrat zugewiesene Recht, eine neue Ortskrankenkasse zu errichten, der Ausgestaltungsbefugnis der gemeinsamen Ortskrankenkasse des alten Rechtes vor. Die Ausgestaltung zur allgemeinen Ortskrankenkasse nach Art. 15 Abs. 1 Einf.Ges. z. RVO. setzt sonach voraus, daß der Stadtmagistrat beschlußmäßig von der Neuerrichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse absieht. Die Ausgestaltung selbst kommt der auszugestaltenden Kasse zu. Sie erfolgt durch die Anpassung der Satzung an die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Die Aenderung der Satzung erfolgt nach den bisherigen Vorschriften, sonach von der seitherigen Generalversammlung (§ 36 Ziff. 3 KVG.) in der Form, wie sie das Krankenversicherungsgesetz vorschreibt (vgl. RGBl. 1913 S. 16). § 345 RVO. kann nicht angewendet werden, da ein Kassenausschuß nach dieser Vorschrift noch nicht besteht.

[1]) Distriktsgemeinden kommen in Bayern für Art. 15 Abs. 1 Einf.Ges. z. RVO. nicht in Betracht.

Die Aenderung der Satzung bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamts. Dieses kann seine Entscheidung nicht eher treffen, als bis der Beschluß des Stadtmagistrats vorliegt, von der Errichtung einer neuen allgemeinen Ortskrankenkasse zugunsten der auszugestaltenden Ortskrankenkasse abzusehen.

2. Gemäß Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. kann eine gemeinsame Ortskrankenkasse mit Genehmigung des Oberversicherungsamtes zur allgemeinen Ortskrankenkasse des neuen Rechtes für den Kassenbezirk auch dann ausgestaltet werden, wenn die Ortskrankenkasse des alten Rechtes bereits einen großen Teil der nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtigen umfaßt. Hierbei ist es gleichgültig, ob sich der Bezirk der gemeinsamen Ortskrankenkasse des alten Rechts über den ganzen Bezirk der künftigen allgemeinen Ortskrankenkasse oder nur über einen Teil davon erstreckt, wenn nur ihre Mitglieder einen verhältnismäßig großen Teil der nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtigen des künftigen Kassenbezirkes bilden. Die gemeinsame Ortskrankenkasse des alten Rechtes kann also unter der angeführten Voraussetzung auch dann, sei es für den ganzen Bezirk des Versicherungsamtes oder für einen Teil, z. B. den Bezirk einer Distriktsgemeinde, zur allgemeinen Ortskrankenkasse des neuen Rechtes ausgestaltet werden, wenn sie nur die nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtigen einer großen Gemeinde oder mehrere Gemeinden des neuen Kassenbezirkes oder nur einen Teil der in Betracht kommenden Berufszweige umfaßt[1]).

Auch hier gilt der in vorstehender Ziff. 2, 1 ausgeführte Grundsatz, daß die Befugnis des Gemeindeverbandes nach § 231 RVO., die Neuerrichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse anzuordnen, der Ausgestaltungsbefugnis der Generalversammlung der Kasse des alten Rechtes vorgeht.

Sind mehrere Ortskrankenkassen vorhanden, die den Bedingungen des Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. genügen, so hat die Vertretung des Gemeindeverbandes (Magistrat, Distriktsrat) in ihrem Beschlusse auszusprechen, zugunsten welcher gemeinsamen Ortskrankenkasse des alten Rechtes sie auf ihr Recht der Neuerrichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse verzichtet. Hierbei wird sie weniger auf die Größe der Kasse, als auf ihre Leistungsfähigkeit und die Güte ihrer Verwaltung achten. Voraussetzung der Ausgestaltung einer Kasse ist, daß sich die Generalversammlung der Kasse mit der Aus-

[1]) Anm. der Redaktion: In diesem Sinne hat sich auch Hahn hier S. 102 geäußert und die Erstreckung einer für die Altgemeinde bestehenden Kasse auf den Bezirk eines später eingemeindeten Vororts erstreckt werden kann. Anders der preuß. Min.Erl. vom 4. November 1912, Arb.-Versorgg. 1912 S. 817.

Digitized by Google

gestaltung einverstanden erklärt. Die Ausgestaltung selbst erfolgt durch Anpassung der Satzungen an die Vorschriften der RVO. Insbesondere hat die Satzung den Bezirk der Kasse und den Kreis der Mitglieder zu erweitern. Die Aenderung der Satzung kommt der Generalversammlung der auszugestaltenden Kasse zu (vgl. vorstehende Ziff. 1, 5).

Im Gegensatze zu den Fällen des Art. 15 Abs. 1 Einf.Ges. z. RVO. (vorstehende Ziff. 2, 1) hängt die Ausgestaltung im Falle des Art. 15 Abs. 2 abgesehen von der übereinstimmenden Beschlußfassung der Vertretung des Gemeindeverbandes (Magistrats oder Distriktsrats) und der Generalversammlung der auszugestaltenden Kasse von der Genehmigung des Oberversicherungsamtes ab. Versagt das Oberversicherungsamt die Genehmigung zur Ausgestaltung der vorgeschlagenen Kasse, so hat der Gemeindeverband die Errichtung einer neuen allgemeinen Ortskrankenkasse zu beschließen, falls nicht rechtzeitig allseitige Uebereinstimmung über die Ausgestaltung einer anderen Kasse erreicht wird. Verzögert sich die Beschlußfassung, so gilt § 232 RVO.

3. Die nach Art. 15 ausgestaltete Ortskrankenkasse des neuen Rechtes ist keine andere Rechtspersönlichkeit als die Ortskrankenkasse des alten Rechtes, aus der sie sich entwickelt hat. Das Eigentum der alten Kasse braucht sonach nicht auf sie übertragen zu werden; anderseits ist die ausgestaltete Ortskrankenkasse des alten Rechtes nicht zu schließen, so daß auch das Verfahren nach den §§ 300—305 RVO. in Wegfall kommt. Auch Art. 32 Einf.Ges. z. RVO. findet keine Anwendung. Vielmehr gehen die Angestellten der alten Kasse als Angestellte der ausgestalteten Ortskrankenkasse in die neue Ordnung über; es kann ihnen nur nach Maßgabe der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (insbesondere des § 354) gekündigt werden. Endlich gelten auch die bestehenden Verträge mit Ärzten, Apothekern und Krankenhäusern fort, soweit nicht wegen wesentlicher Änderung der Verhältnisse ihre Kündigung erfolgt.

Maßgebender Grundlohn bei Akkordarbeitern.

Bescheid des **preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, vom 3. Februar 1913.

Der klagende Armenverband hat die am 1. November 1910 entbundene hilfsbedürftige Minna W., deren Wochenbett wegen eingetretenen Fiebers krankhaft gestört war, vom 1. bis 12. November 1910 mit einem Kostenaufwande von 33 M. im Krankenhause verpflegt. Die W. war seit Mai 1910 ununterbrochen in der Stahl- und Eisengießerei von H. beschäftigt und gehörte der beklagten Krankenkasse als versicherungspflichtiges Mitglied an. Kläger fordert von dieser Kasse Ersatz seiner Auslagen in Höhe des $1^1/_2$ fachen Krankengeldes der W. für den genannten Zeitraum, welche Forderung die Beklagte auch dem Grunde nach anerkennt. Streit herrscht zwischen den Parteien allein darüber, ob die zu erstattenden Unterstützungsbeträge der W. nach den Sätzen der I. Lohnklasse des Statuts der Beklagten oder nach den Sätzen der II. Lohnklasse zu berechnen sind, was nach dem Statut davon abhängt, ob der der Berechnung zugrunde zu legende Lohn der W. mindestens 3 M. oder weniger als 3 M. betrug. Kläger nimmt ersteres an, da die W. bei H. zuletzt durchschnittlich in der Woche 18,75 M. verdient habe, und berechnet demgemäß seine Ersatzforderung auf 32,50 M. Die Beklagte führt aus, es komme allein auf den von der W. in der letzten Woche vom 26. Oktober bis 1. November 1910 verdienten Lohn an und, da dieser nur 16,78 M. betragen habe, so habe die W. der II. Lohnklasse angehört.

Der Bezirksausschuß hat die Beklagte nach dem Klageantrage verurteilt. Die von der Beklagten dagegen eingelegte Revision ist zurückgewiesen worden. **Gründe:**

Zu Unrecht beruft sich die Beklagte auf die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts am 30. September 1909 — III. C. 15. 09 — (Entsch. des Oberverwaltungsgerichts Bd. 55 S. 388; Arb.-Versorgg. Jahrg. 27 S. 74). Bei dieser Entscheidung handelte es sich um einen Fall, in dem das Kassenmitglied festen Wochenlohn bezog, und es war ausgeführt, daß mit einer Veränderung des Wochenlohnes gegebenenfalls ohne weiteres die Einweisung des Kassenmitglieds in eine andere Lohnklasse erfolge. Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine Akkordarbeiterin, deren Lohn nach der jeweilig von ihr geleisteten Arbeit verschieden bemessen wurde. In derartigen Fällen kann es nicht lediglich auf den in der letzten Woche verdienten, vielleicht wegen zufälliger Umstände besonders niedrigen Lohn ankommen; vielmehr muß, wenn das Statut, wie hier, nichts anderes darüber bestimmt, der zuletzt verdiente Lohn durch eine billige Durchschnittsberechnung festgestellt werden (vgl. Hahn, Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, 6. Aufl., S. 185). Da der Kläger in der Klage behauptet hatte, daß der Durchschnittslohn der W. zuletzt 18,75 M. betragen habe, und da seitens der Beklagten hierauf keine Erklärung abgegeben war, so war der Vorderrichter berechtigt, dies als zugestanden anzusehen (§ 79 des Landesverwaltungsgesetzes). Da der Bezirksausschuß danach annehmen konnte, daß die W. der I. Lohnklasse angehörte, erweist sich der Revisionsangriff der Beklagten als unbegründet. Sonstige Revisionsgründe sind nicht erkennbar (§ 94 des Landesverwaltungsgesetzes). Die dem Kläger zugesprochenen Unterstützungsbeträge entsprechen dem Statute der Beklagten.

Digitized by Google

B. Zur Unfallversicherung.

Heilanstaltspflege auf Kosten der Berufsgenossenschaft gilt nicht als erste Feststellung der Rente im Sinne des Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. — Anwendung des günstigeren neuen Gesetzes bezüglich des Jahresarbeitsverdienstes. Die danach zu errechnende höhere Rente läuft schon vom Beginn der Entschädigungspflicht an.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 2. Januar 1913.

Der Bergmann Joh. L. aus Carnap hatte am 24. September 1910 einen Unfall erlitten und wurde zunächst auf Kosten der Berufsgenossenschaft im Krankenhause behandelt. Nach Beendigung der Heilanstaltspflege setzte die Knappschaftsberufsgenossenschaft durch Bescheid eine Rente für 66⅔ % der Vollrente fest. Trotzdem L. im Berufungs- und Rekursverfahren mit seinen Ansprüchen auf höheren Rentengrad unterlag, wurden vom Reichsversicherungsamt auf den schon lange schwebenden Fall die für die Versicherten günstigeren Bestimmungen der inzwischen in Kraft getretenen Reichsversicherungsordnung in bezug auf den anzurechnenden Jahresarbeitsverdienst angewendet, und zwar nicht etwa vom 1. Januar 1913, dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes, sondern schon vom Beginn der Entschädigungspflicht ab.

Gründe:

Was den Grad der durch die Folgen des Unfalls vom 24. September 1910 verursachten Schädigung der Erwerbsunfähigkeit des Klägers betrifft, so hat auch das Rekursgericht die Ueberzeugung gewonnen, daß die Schädigung nicht mehr als 66⅔ % beträgt. In dieser Beziehung ergab sich weder aus dem Sachverhalt noch aus den Anführungen des Klägers im Rekursverfahren ein Anlaß, von der Entscheidung des Schiedsgerichts abzuweichen. Auch die von dem Kläger überreichte eidesstattliche Versicherung vom 8. Januar 1912 konnte zu keiner anderen Beurteilung der Erwerbsfähigkeit führen, denn sie war nicht imstande, das ärztliche Gutachten des Geheimen Medizinalrats Professors Dr. L. und des Dr. H. in Bochum vom 5. Juli 1911 zu erschüttern. Gegen das Gutachten waren keine Bedenken zu erheben, denn die Sachverständigen sind besonders in Unfallsachen erfahrene Aerzte, und sie haben den Kläger monatelang behandelt. Ihre Annahme, daß die Erwerbsfähigkeit des Klägers infolge des Unfalls um 66⅔ % vermindert sei, steht mit dem Befunde, den sie festgestellt haben, im Einklang, und auch der persönliche Eindruck, den der Kläger auf das Rekursgericht machte, ließ keinen Zweifel an der Richtigkeit der Annahme aufkommen.

Hatte es sonach, ohne daß es der Einholung eines weiteren ärztlichen Gutachtens bedurfte, bei der Feststellung der Vorinstanzen hinsichtlich des Grades der Erwerbsunfähigkeit zu verbleiben, so konnten doch die Entscheidungen der Vorinstanzen nicht aufrechterhalten werden, weil eine anderweitige Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes eintreten mußte. Seit dem 1. Januar 1913 sind nämlich die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Unfallversicherung in Kraft getreten und Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. schreibt vor, daß sie auf die erste Feststellung von Entschädigungsansprüchen aus Unfällen, die sich vor dem Inkrafttreten ereignet haben, anzuwenden sind, wenn die Reichsversicherungsordnung für die Berechtigten günstiger ist.

Im gegenwärtigen Falle handelt es sich um die erste Feststellung eines Entschädigungsanspruchs. Dem Kläger ist zwar vor dem in diesem Verfahren angefochtenen Bescheid vom 21. Juli 1911 ein Bescheid vom 12. Januar 1911 erteilt worden, durch den ihm Heilanstaltspflege gewährt worden ist, und ein zweiter Bescheid vom 12. Januar 1911 hat den Angehörigen des Klägers für die Zeit der Heilanstaltspflege Renten bewilligt. Die Behandlung in der Heilanstalt war aber ihrem Wesen nach nur eine die Feststellung der Rente vorbereitende Maßregel und durch den die Behandlung anordnenden und den die Angehörigenrente festsetzenden Bescheid wurde noch nicht endgültig dem Grunde nach über den Entschädigungsanspruch entschieden. Die Bescheide vom 12. Januar 1911 enthielten also noch keine Feststellung des Entschädigungsanspruchs des Klägers. Die erste für die Beklagte verbindliche Feststellung dieses Anspruchs erfolgte vielmehr erst durch den Bescheid vom 21. Juli 1911, der dem jetzigen Verfahren zugrunde liegt (zu vgl. Rekursentsch. 1858, Amtl. Nachr. 1901 S. 397).

Bei der Vergleichung des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes, nach dessen Vorschriften der Entschädigungsanspruch des Klägers bisher beurteilt worden ist und der Reichsversicherungsordnung erweist sich diese für den Kläger hinsichtlich des der Rente zugrunde zu legenden Jahresarbeitsverdienstes günstiger. Der Kläger hat einen Jahresarbeitsverdienst von 1879,80 M. gehabt. Nach § 10 Abs. 1 GUVG. war hiervon der 1500 M. übersteigende Betrag nur mit einem Drittel anzurechnen, und demgemäß ist der Rente des Klägers nur ein Jahresarbeitsverdienst von 1626,60 M. zugrunde gelegt worden. Die Reichsversicherungsordnung hat den voll anzurechnenden Betrag des Jahresarbeitsverdienstes aber erhöht, indem sie in § 563 Abs. 2 vorschreibt, daß der Jahresarbeitsverdienst nur mit einem Drittel angerechnet wird, soweit er 1800 M. übersteigt. Danach ist jetzt von dem Jahresarbeitsverdienst des Klägers nur der Betrag von 79,80 M. mit einem Drittel in Höhe von 26,60 M. anzurechnen, so daß sich der der Rente zugrunde zu legende Jahresarbeitsverdienst auf 1826,60 M. stellt.

Der Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes in

Digitized by Google

dieser Höhe steht nicht entgegen, daß der Kläger die Rente nur dem Grade der Erwerbsunfähigkeit nach angefochten hat. Denn abgesehen davon, daß sich seine Rekursanmeldung im Januar 1912, außer der er im Rekursverfahren keine sachliche schriftliche Erklärung abgegeben hat, offenbar nur mit der nach altem Recht erfolgten Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes befaßt hat, hat der Kläger mit seinem Rekurse zweifellos seine Unzufriedenheit mit der Höhe der ihm zugesprochenen Rente zu erkennen gegeben, und sein Verlangen ging dem Sinne nach jedenfalls dahin, mehr an Rente zu erhalten, als ihm von der Beklagten bewilligt war. In der Festsetzung des höheren Jahresarbeitsverdienstes liegt daher keine über den erhobenen Anspruch hinausgehende Rentenbewilligung (zu vgl. Revisionsentsch. 734, Amtl. Nachr. 1900 S. 409).

Es fragt sich noch, ob der Kläger die nach dem höheren Jahresarbeitsverdienst zu berechnende Rente erst vom 1. Januar 1913, dem Tage des Inkrafttretens der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Unfallversicherung, oder ob er sie schon für die vor dem 1. Januar 1913 liegende Bezugszeit zu erhalten hat. Letzteres ist der Fall, denn Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. legt dieser, ebenso wie die entsprechende Vorschrift des § 27 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 den bisherigen Unfallversicherungsgesetzen, eine Rückwirkung auf bestehende Rechtsverhältnisse in der Art bei, daß die Rechtswirkungen, die sich aus einem vor dem Inkrafttreten der neuen Gesetzgebung bereits abgeschlossenen Tatbestand ergeben, von der Entstehung des Rechtsverhältnisses an nach den Vorschriften des neuen Gesetzes zu beurteilen sind. Dies entspricht der Absicht des Gesetzgebers, die Vorteile des neuen Gesetzes den Berechtigten möglichst bald und weitgehend und daher besonders denjenigen zuteil werden zu lassen, über deren Entschädigungsansprüche am 1. Januar 1913 noch nicht rechtskräftig entschieden ist (zu vgl. Handb. der Unfallvers., 3. Aufl., Bd. I S. 43 Anm. 1 zu § 27 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze).

Sonach hat der Kläger die auf Grund der Reichsversicherungsordnung nach dem höheren anrechnungsfähigen Jahresarbeitsverdienst zu berechnende Teilrente 66⅔% von dem in dem Bescheide vom 21. Juni 1911 bezeichneten Bezugstage an zu erhalten und demgemäß war der Bescheid unter Aufhebung des angefochtenen Schiedsgerichtsurteils abzuändern.

Da der Rekurs Erfolg gehabt hat und die Beklagte unterlegen ist, hat der Kläger Anspruch auf Erstattung seiner außergerichtlichen Kosten. In Betracht kamen hierfür die ihm durch sein Erscheinen vor dem Rekursgericht erwachsenen Kosten. Zum Erfolge seines Rekurses hat zwar sein Erscheinen nichts beigetragen, immerhin konnte aber der Kläger sein Erscheinen zur zweckentsprechenden Wahrung seiner Rechte für notwendig halten und deshalb hat ihm die unterliegende Beklagte die Kosten in angemessener Höhe zu erstatten.

(„Kompaß".)

Rechtsmittelschutz bei Aenderung von Unfallrenten des alten Rechtes während des Uebergangszustandes. Dauerrenten und vorläufige Renten.

Entscheidung des **Kgl. Bayer. Oberversicherungsamts München** IV. Spruchkammer vom 29. März 1913.

Aus den Gründen:

Gemäß § 1601 RVO. hat die Vernehmung des Berechtigten über den Einspruch bei Aenderung von Dauerrenten stets vor dem Versicherungsamte zu erfolgen, das alsdann ein Gutachten unter Zuziehung je eines Vertreters der Arbeitgeber und der Versicherten in den in §§ 1602 mit 1605 RVO. vorgeschriebenen Formen zu erstatten hat.

Der Begriff der „Dauerrente" ist den bisherigen Unfallversicherungsgesetzen fremd, er ist auch erst in der 2. Lesung der Reichstagskommission in die Reichsversicherungsordnung hineingetragen worden, die nunmehr im § 1585 zwischen „vorläufiger Rente" und „Dauerrente" unterscheidet. Uebergangsvorschriften darüber, ob und inwieweit die Renten des alten Rechts als Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung (§§ 609, 1585 Abs. 2, 1600 ff., 1700 Ziff. 8) anzusehen seien, fehlen; auch geben die veröffentlichten Gesetzmaterialien in dieser Beziehung keinen unmittelbaren Aufschluß.

Es muß hiernach für die erwähnten einzelnen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung aus ihrer Zweckbestimmung ermittelt werden, wie der Gesetzgeber sich die Regelung des Uebergangszustandes gedacht hat oder wie er sich dieselbe gedacht hätte, wenn er der Prüfung dieser Uebergangsfrage im einzelnen näher getreten wäre; im Zweifel ist hierbei der möglichste Anschluß an die Fassung des Gesetzes anzustreben.

Für den Vollzug der §§ 1600 ff. RVO. und für den Vollzug des § 1700 Ziff. 8 RVO. wird bei dem regen zweckdienlichen Zusammenhang beider Vorschriften die Uebergangsfrage gleichmäßig zu beantworten sein.

Die Reichsversicherungsordnung hat den Rechtsmittelschutz für die Feststellung oder Aenderung der Versichertenrenten mit Rücksicht auf die jeweilige Bedeutung dieses Aktes dreifach abgestuft:

Den geringsten Schutz (einfachen Einspruchsschutz und Berufungsschutz) vgl. § 1700 Ziff. 7, läßt sie der Feststellung und Aenderung vorläufiger Renten zuteil werden; den weitestgehenden Schutz (ein-

Digitized by Google

fachen Einspruchsschutz, Berufungs- und Rekursschutz) gibt sie der Feststellung der Dauerrenten; in der Mitte steht die Aenderung der Dauerrenten mit qualifiziertem Einspruchs- und mit Berufungsschutz, aber mit Ausschluß des Rekursschutzes (§ 1700 Ziff. 8 RVO.).

Die Aenderungen der Renten des älteren Rechts stehen nun hinsichtlich ihrer Bedeutung zumeist den Aenderungen der Dauerrenten des neuen Rechts gleich. Beide Aenderungen treten einerseits gegenüber der Feststellung von Dauerrenten insofern an Bedeutung zurück, als bei ihnen eine Nachprüfung des Jahresarbeitsverdienstes ausgeschlossen ist und als auch die Prüfung des Grades der Erwerbsbeschränktheit nicht mehr vom Grund aus, sondern nur mit Rücksicht auf eingetretene wesentliche Aenderungen zulässig ist; anderseits sind sie beide bedeutsamer als die Festsetzung oder Aenderung einer vorläufigen Rente, da sie für die Regel für längere Zeit zu wirken bestimmt sind und da sie Eingriffe in eine unter Rekursschutz erfolgte frühere Rentenfeststellung darstellen.

Hiernach entspricht es wohl der Absicht des Gesetzgebers, wenn für die Regel den Aenderungen der Renten des alten Rechts der qualifizierte Einspruchsschutz zuteil wird, der Rekursschutz aber versagt bleibt.

Die Aenderungen der Renten des alten Rechts sind allerdings dann vielfach von wesentlich größerer Bedeutung als die Aenderungen der Dauerrenten des neueren Rechts, wenn die ersteren Renten festgesetzt worden sind kurz nach dem Unfall und bevor ein einigermaßen stationärer Zustand geschaffen war. Werden Renten dieser Art bei Eintritt des stationären Zustandes geändert, so besteht für die Bemessung des Grades für die Erwerbsbeschränktheit fast freie Bahn; auch ist die jetzt eingetretene Bemessung für alle Folge von großer Wichtigkeit. Es ist wohl anzunehmen, daß der Gesetzgeber für Rentenänderungen solcher Art den Rekurs wohl nicht versagt hätte. Die Ausscheidung dieser Fälle aber hätte der Gesetzgeber im Interesse der Rechtssicherheit nur von einem rein formalen Ausgangspunkt aus vornehmen können. Einen solchen Ausgangspunkt bietet im Gesetze selbst lediglich die Vorschrift des § 1585 Abs. 2 Satz 1 RVO., wonach die Dauerrente spätestens mit Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfalle festzustellen ist. Diese Vorschrift führt hinüber zu einer praesumtio juris et de jure dahin, daß alle unter der Herrschaft des älteren Rechts festgestellten Renten, soweit sie nicht sogenannte Schonungsrenten sind, als Dauerrenten im Sinne der §§ 1600 ff. und 1700 Ziff. 8 RVO. dann angesehen werden müssen, wenn sie entweder einen vor dem 1. Januar 1911 eingetretenen Unfall zum Gegenstand haben oder einen Unfall, der zwar erst nach dem 1. Januar 1911 aber mindestens zwei Jahre vor der Feststellung der betreffenden Rente erfolgt ist.

Alle übrigen Renten sind dagegen — für die Anwendung der §§ 1600 ff. und 1700 Ziff. 8 RVO. — als vorläufige Renten zu betrachten.

Selbstverständlich bleibt auch den letzteren Renten unter der Herrschaft des neuen Rechts die materielle Rechtskraftwirkung in dem früher erworbenen Umfang gewahrt; auch ist mit der getroffenen Ausscheidung in keiner Weise vorgegriffen der Frage, ob und inwieweit sich an die Renten des alten Rechts die nach § 609 Satz 2 RVO. mit den Dauerrenten des neuen Rechts verbundene Wirkung anschließt. Ebenso ist der weiteren Frage, ob sich bezüglich der Renten des alten Rechts eine Verpflichtung zur Umwandlung in Dauerrenten aus § 1585 Abs. 2 Satz 1 RVO. ergibt, nur für diejenigen alten Renten vorgegriffen, für welche auch die einjährige Schutzfrist (§ 88 Abs. 2 GUVG.: § 609 RVO.), sei es auf Grund alten, sei es auf Grund neuen Rechts, bereits läuft und für welche hiernach, wenn sie zugleich Dauerrenten im Sinne der §§ 1600 ff. und 1700 Ziff. 8 RVO. sind, die Umwandlung in Dauerrenten des neuen Rechts rechtlich bedeutungslos wäre.

Unfall bei Befriedigung eines leiblichen Bedürfnisses als Betriebsunfall?

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 25. Februar 1913.

Die Kläger würden einen Anspruch auf Hinterbliebenenrente nur geltend machen können, wenn das Lötwasser, das der verstorbene Coquillenarbeiter W. am 13. April 1911 getrunken hat, ein Betriebsmittel gewesen wäre (zu vgl. Handb. der Unf.Vers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 112 Anm. 52 Abs. 4 zu § 1 GUVG.). Der Verletzte selbst hat bei seiner Vernehmung vom 14. Juli 1911 angegeben, daß er und seine Mitarbeiter das Lötwasser bei ihrer Arbeit nicht gebrauchten. Hinzu kommt, daß der Vetter und Mitarbeiter des W. bei seiner Vernehmung als Zeuge am 14. Juli 1911 ausdrücklich bekundet hat, daß er sich am Abend vor dem Unfalltage das Lötwasser geliehen habe, um seine Kaffeebütte damit zu reparieren. Der Zeuge wollte also das Lötwasser zu rein persönlichen Zwecken gebrauchen; das hier in Frage kommende Lötwasser war also, selbst wenn entgegen der Angabe des Verstorbenen in dem Betriebe Lötwasser gebraucht worden sein sollte, jedenfalls kein Betriebsmittel. Der Unfall des W. kann daher dem Betriebe nicht zugerechnet werden.

Digitized by Google

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts [1]).

Eine Versicherungsanstalt, die für eine mehr als zwei Jahre zurückliegende Zeit Pflichtmarken beigetrieben oder eingezogen hat, kann die Anrechnung dieser Beiträge im späteren Rentenverfahren in der Regel nicht verweigern, ohne gegen Treu und Glauben zu verstoßen (1668).

Die Vorschrift des § 1311 der Reichsversicherungsordnung über das Ruhen der Rente findet bei denjenigen Rentenansprüchen, über die am 1. Januar 1912 das Feststellungsverfahren schwebt, auf Grund des Artikel 79 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung auch für die vor dem Inkrafttreten der neuen Vorschrift liegende Zeit Anwendung (1669).

Beruht die Markenverwendung für eine Person auf Handlungen oder Erklärungen des Kontrollbeamten einer Versicherungsanstalt, in denen nach den Umständen ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung zu erblicken ist, so kann der Rentenanspruch nicht mit der Begründung abgelehnt werden, daß die Marken zu Unrecht verwendet sind (1670 und 1671).

Eine ledige Lehrerin an einer preußischen öffentlichen Volksschule ist nach § 1234 der Reichsversicherungsordnung versicherungsfrei, obgleich ihr Anwartschaft auf Waisenrente nicht gewährleistet ist (1672).

In Fällen, in denen die Nachbringung rückständiger Beiträge nach § 146 des JVG. nur für zwei Jahre, nach § 1442 der Reichsversicherungsordnung dagegen für vier Jahre zulässig ist, können nach dem 1. Januar 1912 Beiträge für vier Jahre rückwärts verwendet werden, auch wenn die zweijährige Frist des § 146 des Invalidenversicherungsgesetz bereits abgelaufen war (1673).

Kanzleigehilfen in Preußen, Bezirks- und Rentamtsinzipienten in Bayern sind nicht versicherungspflichtig (1674 und 1675).

Auch die Versicherungspflicht des Bürgermeisters einer Landgemeinde in der Provinz Hannover wurde verneint (1676).

Die Versicherungspflicht eines Missionsarbeiters der Ostdeutschen Union der Siebenten-Tags-Adventisten wurde bejaht (1677).

Zur Entgegennahme und Vorbereitung der Anträge der Hinterbliebenen auf Versicherungsleistungen ist das Versicherungsamt des letzten Wohn- oder Beschäftigungsorts des verstorbenen Versicherten zuständig (1678).

Der Anwartschaftsbescheid nach § 1743 der Reichsversicherungsordnung ist in berufungsfähiger Form zu erteilen (1679).

Die Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts (Landesversicherungsamts) für die Entscheidung über Strafbeschwerden ist nur im Falle des § 1799 der Reichsversicherungsordnung begründet (1680).

(Hl) **Zuständigkeit zur Entscheidung über Hausgeld.**

Bescheid des **Herzogl. Braunschw. Verwaltungsgerichtshofes** vom 18. Dezember 1912.

Der Säger E. zu Holzminden hat auf Grund eines Gutachtens des Dr. med. St. zur Linderung seines rheumatischen und gichtischen Leidens die Einleitung eines Heilverfahrens durch die klagende Landesversicherungsanstalt erwirkt, indem er am 14. Mai 1912 einer Kur in Bad Oeynhausen mit dem Bemerken überwiesen wurde, daß das ihm zustehende Krankengeld mit 70 % seiner Familie verbleibe. Die Ortskrankenkasse zu Holzminden, deren Pflichtmitglied E. ist, lehnte jedoch die Zahlung von Krankengeld ab, da nach einer Erklärung des Kassenarztes Dr. St. der Säger E. nicht erwerbsunfähig sei und bis zum Tage seiner Abreise nach Oeynhausen Lohnarbeit verrichtet habe. Als Dr. St. auf Anfrage die Erwerbsfähigkeit des E. bestätigte und hinzufügte, es sei auch nicht anzunehmen, daß durch Fortsetzung der Arbeit das Leiden des Versicherten sich verschlimmert haben würde, veranlaßte die Klägerin die Beendigung der Badekur zum 31. Mai 1912 und wies den Anspruch des E. auf 70 % Krankengeld durch die Bescheide vom 6. und 28. August 1912 als mit § 1271 RVO. unvereinbar zurück; dagegen zahlte sie ihm nach Feststellung der Höhe des Krankengeldes ein Hausgeld für die Dauer des Badeaufenthalts in Höhe von 18 M.

Gegen diese nicht förmlich zugestellten, am 9. und 29. August abgesandten Bescheide verfolgte E. am 28. September Beschwerde an das Herzogliche Oberversicherungsamt mit dem Antrage, der Klägerin die Zahlung der gegenüber ihrer Zusicherung noch rückständigen 20 % des Krankengeldes aufzugeben. In der Annahme, daß es sich um einen Streitfall aus § 1518 RVO. handle, für dessen Entscheidung noch der im § 23 Abs. 2 JVG. geordnete Rechtszug besteht, gab das Oberversicherungsamt die Beschwerde an die beklagte Aufsichtsbehörde der Ortskrankenkasse Holzminden ab. Diese Behörde erklärte durch vollstreckbare Entscheidung die Klägerin (Versicherungsanstalt) für verpflichtet, dem E. noch 20 % des Krankengeldes von wochentäglich 2,25 M. für die Zeit vom 14. bis 30. Mai 1912 zu zahlen.

In ihrer rechtzeitig erhobenen und zulässigen Klage beantragt die Klägerin Aufhebung dieser Entscheidung wegen Unzuständigkeit des Beklagten.

Diesem Antrage entsprach der Gerichtshof aus folgenden Gründen:

Nach der Sachdarstellung handelt es sich nicht um einen Streit zwischen den Versicherungsträgern um Ersatz des dem Versicherten gebührenden Kranken-

[1]) Heft 3 (v. 15. März 1913) der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts. — Die unter Nr. 1668 bis 1671 aufgeführten Entscheidungen sind als „grundsätzliche" bezeichnet. Vgl. §§ 1716, 1801 RVO.

Digitized by Google

geldes, der nach § 23 JVG. vom Beklagten als Aufsichtsbehörde der Ortskrankenkasse zu entscheiden wäre; die Klägerin hat vielmehr bei der Ablehnung der Krankengeldzahlung durch die Kasse nach Anhörung des Dr. St. sich beruhigt und die Ansprüche des E. aus § 1271 RVO. behandelt. Da die Kasse somit an dem Streitverfahren überhaupt nicht beteiligt ist, konnte auch deren Aufsichtsbehörde, der Beklagte, nicht in Tätigkeit treten. Es liegt lediglich eine Streitigkeit zwischen der Klägerin und dem Versicherten E. über die diesem infolge Einleitung des Heilverfahrens erwachsenen Ansprüche (§§ 1269 ff. RVO.) vor, die nach § 1273 RVO. in der Beschwerdeinstanz vom Oberversicherungsamt zu erledigen ist. Wenn der Beklagte in Verkennung seiner Unzuständigkeit sachlich entschieden hat, so beruht die angegriffene Entscheidung auf der Nichtanwendung des § 1273; sie verletzt auch die Klägerin in ihrem Rechte auf Behandlung des Streitfalles durch das zuständige Organ. Der Klage ist hiernach stattzugeben und die angegriffene Entscheidung aufzuheben. Der Beklagte wird nach Rechtskraft dieses Bescheides die Beschwerde des E. an das Oberversicherungsamt zur zuständigen Erledigung zurückzugeben haben.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Gehört die Beschaffung ruhiger Wohnung zu den Kosten des Heilverfahrens?

Urteil des **Reichsgerichts**, 3. Zivilsenat, vom 31. Januar 1913.

Beamtenfürsorgegesetz. Ruhige Wohnung als Kosten des Heilungsverfahrens. Die Kosten, welche zur Beschaffung einer besonders ruhigen Wohnung aufzuwenden sind, können allerdings als Kosten des Heilungsverfahrens im Sinne des § 1 des preuß. Unfallfürsorgegesetzes für Beamte vom 2. Juni 1902 (Ges.S. S. 153) in Betracht kommen, sofern solche Kosten als besonders notwendig entstehen. Wie aber der Unfallrentner überhaupt nicht die Erstattung ungemessener Heilungskosten verlangen kann, sondern nur die Kosten eines Heilverfahrens, wie sie den Verhältnissen entsprechen und keine übermäßige Belastung des Staates herbeiführen, so muß er im allgemeinen auch die Wohnung, welche er bei der Art seines Leidens braucht, dort suchen, wo er sie finden kann ohne eine weitere, als die nach den Verhältnissen gebotene Belastung des Staates. Mit Recht führt das Berufungsgericht aus, daß für einen Nervenleidenden, der notwendig der Ruhe bedarf, das Land oder die kleine Stadt ein weit geeigneterer Aufenthalt ist als die Großstadt, wo wirklich ruhige Wohnungen nur sehr schwer und nur zu unverhältnismäßig hohen Preisen zu haben sind. Es ist deshalb durchaus keine unbillige Zumutung für den Kläger, daß er seinen Wohnort verlasse und nach einem Orte ziehe, wo er ruhige Wohnungen zu einem Preise findet, den er von seiner Pension bestreiten kann. Daß die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung die Uebersiedelung des Klägers nach einem kleineren Orte nicht hindert, hat das Berufungsgericht mit genügender und von Rechtsirrtum freier Begründung dargelegt.

(„Das Recht" 1913 Sp. 206.)

Anfechtung eines Versicherungsvertrags wegen Betruges des Agenten.

Urteil des **Landger. II** 9. Zivilk. in **Berlin** vom 9. November 1912.

Es ist allerdings dem Vorderrichter darin beizutreten, daß der Vertrag selbst mit dem sich aus dem mit dem Antrag inhaltlich übereinstimmenden Versicherungsschein in Verbindung mit den allgemeinen Bedingungen ergebenden Inhalte zustande gekommen und das Dahrlehnsabkommen daher nicht zum Bestandteile des Vertrags geworden ist. Denn der Vertrag ist durch Annahme des Versicherungsantrags, der die Verpflichtungserklärung des Empfängers enthält, und durch Einlösung des die Verpflichtungserklärung der Gesellschaft enthaltenden Versicherungsscheins durch den Versicherungsnehmer wirksam geschlossen. Für den Vertragsinhalt ist aber der Inhalt des Versicherungsscheins maßgebend und aus entgegenstehenden Erklärungen des Agenten kann der Versicherungsnehmer nur dann vertragliche Rechte gegen die Gesellschaft herleiten, falls diese Erklärungen sich als Erläuterungen von zweifelhaften oder wenigstens für den Laien schwer verständlichen Vertragsbestimmungen darstellen, nicht jedoch, soweit diese Erklärungen in offenbarem Widerspruche zu den Vertragsbedingungen stehen (Entsch. des Reichsger. in Zivils. 46 S. 190; 73 S. 302).

Außerdem hat auch der Beklagte die Frage, ob anderweitige Abreden mit dem Agenten getroffen sind, ausdrücklich im Versicherungsantrage verneint.

Indessen greift die von dem Beklagten erhobene Anfechtung des Vertrags auf Grund arglistiger Täuschung gemäß § 123 BGB. durch.

Die in § 124 BGB. gesetzte Anfechtungsfrist ist gewahrt.

Daß eine arglistige Täuschung vorliegt, unterliegt keinem Bedenken. Der Beklagte hat nach seiner

Digitized by Google

unbestrittenen Behauptung und, wie sich aus den von ihm überreichten Schreiben des Agenten K. zweifelsfrei ergibt, den Versicherungsvertrag nur geschlossen, weil er infolge der Vorspiegelungen des Agenten in dem Glauben war, hierdurch zu dem von ihm gesuchten Darlehen zu gelangen. Die Arglist, die darin besteht, daß der Täuschende sich dessen bewußt ist, daß die Täuschung für den anderen bestimmend ist für die Abgabe der Willenserklärung, ist ebenfalls zweifellos gegeben.

Daß die Täuschung sich auf den Inhalt des zu schließenden Vertrags bezieht, ist für die Anfechtung auf Grund des § 123 BGB. nicht erforderlich; es genügt vielmehr der bloße Irrtum im Beweggrunde. Es besteht nach dieser Richtung keine Einschränkung wie bezüglich der Irrtumsanfechtung auf Grund von § 119 BGB.; es ist lediglich erforderlich, daß auf den Entschluß des die Willenserklärung Abgebenden in unzulässiger Weise eingewirkt ist (vgl. Entsch. des Reichsger. vom 22. Juni 1903, JW. 03, 106; ferner Neumann zu § 123).

Es würde daher im vorliegenden Falle keinen Unterschied machen, ob der Agent dem Beklagten in eigenem Namen ein Darlehen, zu dem er weder imstande noch willens war, versprochen hat oder ob er ihm vorgespiegelt hat, daß er von der Gesellschaft ein solches Darlehen auf Grund des Versicherungsvertrags beanspruchen könne.

Ebensowenig ist der Nachweis einer durch die Täuschung herbeigeführten Vermögensschädigung wie etwa bei dem strafrechtlichen Betruge vorausgesetzt, es genügt, daß die Täuschung zur Abgabe einer Willenserklärung bestimmend gewesen ist (vgl. Entsch. des Reichsger. vom 4. Februar 1903, JW. 03, 40).

Die Ansicht des Vorderrichters, daß die Anfechtung des Vertrags auf Grund einer von dem Agenten verübten arglistigen Täuschung nur möglich ist, wenn die Gesellschaft von ihr Kenntnis gehabt hat oder ihre Nichtkenntnis auf Fahrlässigkeit beruht, da der Agent als ein „Dritter" im Sinne des § 123 BGB. anzusehen sei, ist nicht zutreffend. Der Agent, der nicht zugleich Abschlußagent ist, tritt zwar, indem er den anderen Vertragsteil durch Aufforderung oder Ueberredung zum Eingehen eines Versicherungsvertrags zu bestimmen sucht, nicht als ein Vertreter der Gesellschaft im gesetzlichen Sinne auf, wohl aber als ein Vertreter der Interessen der Gesellschaft, nicht als ein an dem Geschäft Unbeteiligter, ein „Dritter" im Sinne des § 123 Abs. 2 BGB. (so das Reichsger. vom 15. März 1904, JW. 04, 232; OLG. Kassel vom 20. Februar 1908, OLG. 17, 45).

Diese Auffassung steht auch nicht im Widerspruche mit den sonst vom Reichsgerichte für die Anfechtung von Rechtsgeschäften auf Grund durch Mittelspersonen verübter Täuschungen aufgestellten Grundsätzen. Wie das Reichsgericht in RG. 72, 133 ff. ausführt, tritt eine Haftung für einen Vertreter hinsichtlich der Anfechtbarkeit auf Grund von § 123 Abs. 2 BGB. bereits dann ein, wenn der Täuschende auch nur insoweit mit der Vertretung der einen Vertragspartei beauftragt war, daß er nicht nur Reflektanten zu ermitteln, sondern auch über die Einzelheiten der Vertragsbedingungen mit ihnen zu verhandeln hatte und die Bindung seiner Partei von ihrer Genehmigung abhängen sollte, sofern in solchem Falle die Gegenpartei an die getroffenen Abreden ihrerseits gebunden war. Eine solche Bindung des Antragstellers an den von ihm durch Verhandlung mit dem Agenten inhaltlich festgestellten und durch seine Vermittelung eingereichten Versicherungsantrage tritt regelmäßig ein. Sie hat auch im vorliegenden Falle nach § 4 Ziff. 1 der dem Antrage beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestanden.

Die Anfechtung des Vertrags ist daher auf Grund der von dem Agenten verübten Täuschung nach § 123 Abs. 1 BGB. zulässig; d. h. die Gesellschaft muß betrügerische Manipulationen des Agenten in derselben Weise gegen sich gelten lassen wie eigene Handlungen, soweit die Anfechtung des dadurch zustande gekommenen Vertrags in Frage steht. Ist dies aber der Fall, so kommt es auf die Entschuldbarkeit des Irrtums nicht an; denn die Anfechtung auf Grund § 123 wird durch ein fahrlässiges Verhalten des Getäuschten keineswegs ausgeschlossen. Die Ausführungen der Klägerin, daß der Beklagte bei genauerer Durchsicht der ihm ausgehändigten Versicherungsbedingungen, in denen die Voraussetzungen und der Umfang der Darlehnsgewährung genau angegeben seien, die Unrichtigkeit der Angaben des Agenten habe erkennen müssen, er daher insofern nicht entschuldigt sei, sind für die Anfechtung des Vertrags ohne Bedeutung. Die Berufung auf ein konkurrierendes Verschulden des Anfechtenden schließt die Anfechtung nicht aus.

Die Anfechtbarkeit des Vertrags wird auch nicht dadurch beseitigt, daß der Beklagte in dem Antragsformulare darauf hingewiesen ist, daß mit den Vermittlern der Versicherung getroffene anderweitige Abreden, die nicht in den Versicherungsantrag aufgenommen sind, für den Versicherungsvertrag ohne Bedeutung sind, und er die Frage, ob er eine solche Abrede getroffen habe, in Spalte 12 verneint hat. Dies hat nur die Bedeutung, daß der Vertrag mit dem in dem Antrage niedergelegten Inhalte zustande kommt, schließt jedoch die Anfechtung nicht aus.

Ein Verzicht auf ein den Parteien bekanntes Anfechtungsrecht, der wohl als eine Bestätigung des anfechtbaren Vertrags unbedenklich zulässig sein würde, kann hierin nicht gefunden werden, da zur Zeit der Unterschrift des Antrags eine Kenntnis des Anfechtungsgrundes natürlich noch nicht bestanden hat, alsdann könnte ja auch von einer Täuschung nicht die Rede sein. Ein genereller Verzicht auf

Digitized by Google

jede Anfechtung des Vertrags bezüglich aller sich später etwa herausstellender Anfechtungsgründe würde aber den guten Sitten widersprechen und daher nach § 138 BGB. nichtig sein, weil hierdurch der Versicherungsnehmer der Gesellschaft gegenüber rechtlos gemacht würde. Es braucht nur etwa an den Fall gedacht werden, daß der Agent in betrügerischer Absicht den erst teilweise ausgefüllten Antrag durch den Versicherungsnehmer unterschreiben und jene Spalte mit nein ausfüllen ließe. Derartige Fälle der Blankounterzeichnung kommen wiederholt vor und sind auch zur Kenntnis der Gerichte gelangt (vgl. z. B. Entsch. des Reichsg. in JW. 04, 232). In solchem Falle würde dann der Versicherungsnehmer, falls man einen generellen Anfechtungsverzicht für zulässig halten wollte, auch dann gebunden sein, wenn der Agent andere Spalten der Verabredung zuwider ausfüllen würde. Ein solcher Verzicht auf das Anfechtungsrecht ist aber auch aus dem Wortlaute dieser Vertragsbestimmung nicht zu entnehmen. Als Rechtsfolge der unterlassenen Angabe einer derartigen Abrede ist angegeben, daß diese nicht in den Antrag aufgenommenen Abreden für den Inhalt des Versicherungsvertrags ohne Bedeutung sind und daß Ansprüche daraus gegen die Gesellschaft nicht hergeleitet werden können. Das Anfechtungsrecht ist aber kein gegen die Gesellschaft gerichteter „Anspruch" im Sinne des Zivilrechts, vielmehr ein Recht auf Rechtsgestaltung, eine Befugnis, das Vertragsverhältnis durch einseitige Willenserklärung zur Auflösung zu bringen, so daß es dann als von Anfang an nichtig anzusehen ist (vgl. § 142 BGB.). Die Frage, ob der mit dem gegebenen Inhalte zustande gekommene Vertrag anfechtbar ist auf Grund eines Willensmangels, ist daher durchaus verschieden von der Frage, welchen Inhalt der geschlossene Vertrag hat (vgl. OLG. 17, 45). Zu einer erweiternden Auslegung jener Vertragsklausel liegt aber keinerlei Veranlassung vor.

Für die Anfechtung wegen Betrugs könnte daher diese Vertragsbestimmung nur insofern von Bedeutung sein, als sich die Gesellschaft auf diese verneinende Beantwortung der Frage 12 durch den Beklagten als Beweis für ihre Gutgläubigkeit bis zum Beweise des Gegenteils berufen könnte, d. h. daß sie die Vorspiegelungen der Mittelsperson und den Irrtum des Beklagten nicht gekannt habe. Im vorliegenden Falle ist aber nach dem oben Dargelegten die Berufung auf ihre Gutgläubigkeit ohne Bedeutung, weil die Gesellschaft hinsichtlich der Anfechtbarkeit des Vertrags auf Grund betrügerischer Vorspiegelungen des Agenten ebenso behandelt wird, als ob diese Vorspiegelungen von ihr selbst oder mit ihrem Wissen verübt wären. In diesen Fällen würde aber die Gesellschaft zweifellos sich auf eine derartige Erklärung des Antragstellers nicht berufen können. Die Gesellschaft vermag sich daher durch die Aufnahme einer derartigen Bestimmung nur dagegen zu schützen, daß auf Grund einer solchen Nebenabrede vertragliche Ansprüche, die den Versicherungsbedingungen zuwiderlaufen, gegen sie hergeleitet werden und die Erfüllung derartiger Nebenabkommen verlangt wird; sie vermag jedoch nicht den Vertrag der Anfechtung zu entziehen. Denn hierfür kommt es, wie oben des näheren dargelegt, lediglich darauf an, daß die Täuschung für den Antragsteller bestimmend gewesen ist.

Von einer Bestätigung des anfechtbaren Vertrags durch die widerspruchslose Einlösung der Police kann nicht die Rede sein, da hierbei eine Kenntnis des Anfechtungsgrundes nicht bestanden hat. Die Anfechtung auf Grund von § 123 Abs. 1 BGB. greift daher durch.

Es bedarf somit keiner näheren Prüfung, ob auch die Anfechtung wegen Irrtums nach § 119 BGB. oder eine Schadensersatzpflicht der Gesellschaft bezüglich der Handlungen des von ihr bestellten Agenten gegeben ist. Ebenso kann es auch dahingestellt bleiben, ob der Beklagte selbst durch die unrichtige Beantwortung der Frage 12 der Klägerin gegenüber, die die Provision an K. gezahlt hat, sich schadensersatzpflichtig gemacht hat. Denn hierauf ist die Klage nicht gestützt; sie hat vielmehr nur die Zahlung der aus dem Vertrage geschuldeten Versicherungsprämie für den 1. November 1911 zum Gegenstande.

(Bl. f. Rechtspfl. im Bez. d. Kammerger.).

Anmerkung: Die hier erörterten zivilrechtlichen Fragen betreffen nur die vertragsmäßige Versicherung, sind aber eben deshalb wichtig auch für die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, also auch für Zuschußkrankenkassen und Ersatzkassen.

Gilt eine als Folge einer früheren Geschlechtskrankheit auftretende Erkrankung als „unverschuldetes Unglück"? Ist sie Grund zur sofortigen Entlassung? (HGB. §§ 63, 70).

Urteil des **Landgerichts Bremen** vom 14. Januar 1913.

Kläger war als Handlungsgehilfe mit Monatskündigung bei der Beklagten angestellt. Am 16. September 1912 trat er die Stellung an. Vom 24. ab blieb er wegen einer Erkrankung dem Geschäft fern. Daraufhin entließ ihn die Beklagte am 8. Oktober. Kläger verlangt Gehalt bis Ende November mit der Begründung, er habe sich durch Erkältung eine Hodenentzündung als Folge einer früheren Geschlechtskrankheit zugezogen gehabt. — Das Kaufmannsgericht hat die Beklagte gemäß dem Klagantrage verurteilt.

Das Urteil wurde teilweise in der Berufungsinstanz aufgehoben. Dem Kläger ist nur das Gehalt vom 8. Oktober bis 30. November zugesprochen.

Aus den Gründen:

Dem Kaufmannsgericht ist insoweit beizustimmen, als es feststellt, daß ein wichtiger Grund für die Entlassung des Klägers nicht vorgelegen hat. Die fristlose Kündigung kann weder auf die Art noch auf

Digitized by Google

die Dauer der Krankheit des Klägers gestützt werden. Eine Geschlechtskrankheit ist an sich noch kein Grund zur sofortigen Entlassung. Die Krankheit des Klägers war auch keine anhaltende im Sinne des § 72 HGB. Es fragt sich nur, ob der Kläger für die Zeit, in der er an der Verrichtung seiner Dienste durch seine Erkrankung verhindert gewesen ist, Gehalt beanspruchen kann. Das Berufungsgericht sieht im Gegensatz zu dem Kaufmannsgerichte eine Geschlechtskrankheit an sich als eine verschuldete Krankheit an, wobei es gleichgültig ist, ob die Erkrankung vor oder nach dem Antritte des Dienstes erfolgt ist. Es können allerdings Umstände vorliegen, die sie als nicht verschuldet erscheinen lassen, diese Umstände sind aber von dem darzutun, der sich auf sie beruft und im vorliegenden Falle nicht hervorgetreten. Der Kläger hat daher keinen Anspruch auf Gehaltszahlung für die Zeit seiner Krankheit. An sich mußte er sich nach seiner Wiederherstellung am 22. Oktober bei der Beklagten gesund melden. Zu einer besonderen Anbietung seiner Dienste war er, da die Beklagte ihn entlassen hatte, nicht mehr verpflichtet. Die Beklagte ist daher nur verpflichtet, dem Kläger das Gehalt von seiner Wiederherstellung bis Ende November zu zahlen.

(Gew.- u. Kaufm.Ger. Nr. 7.)

Anmerkung: Es handelt sich um eine alte Streitfrage, in der wir einen abweichenden Standpunkt 1908 S. 447 des näheren begründet haben.

Wahrung der Berufungsfrist durch Abgabe der Berufungsschrift in der Wohnung des Annahmebeamten nach Schluß der Geschäftsstunden?

Urteil des **Kammergerichts** in **Berlin**, 17. Zivilsen., vom 30. November 1912.

Die Einlegung der Berufung erfolgt durch Einreichung der Berufungsschrift bei dem Berufungsgerichte (§ 518 ZPO.). Dazu genügt allerdings nicht, daß die Berufungsschrift innerhalb der Frist in einen im Gebäude des zuständigen Gerichts angebrachten Briefkasten gelegt wird. Es ist vielmehr erforderlich, daß sie rechtzeitig in den Besitz des zuständigen Gerichtsschreibereibeamten gelangt (RG. 76, 127 ff.). Unerheblich ist, ob der Beamte sie an Gerichtsstelle oder an einem anderen Orte, z. B. in seiner Wohnung, in Empfang nimmt, und ob dies innerhalb oder außerhalb der Dienststunden des Beamten geschieht, vorausgesetzt, daß er sich zur Empfangnahme bereit erklärt. Tut er dies, so handelt er in seiner Eigenschaft als zuständiger Beamter.

Da nun vorliegend die Berufungsschrift am 19. Juli 1912, dem letzten Tage der Berufungsfrist, abends 8 Uhr, dem zuständigen Sekretär des Kammergerichts in dessen Wohnung überreicht und von ihm angenommen ist, so war die Rechtzeitigkeit der Berufung nicht zu beanstanden.

(Bl. f. Rechtspfl. im Bez. d. Kammerger.)

Der Unfallbegriff im Sinne der Reichsversicherungsgesetze sowie im Sinne einer „privaten" Versicherung.

Urteil des **Reichsgerichts** vom 21. Januar 1913.

Der Unfallbegriff im Sinne der Reichsversicherungsgesetze ist nicht derselbe wie der im Sinne privater Versicherung. Selbst wenn daher das Reichsversicherungsamt einen Unfall als versicherungspflichtigen Unfall im Sinne der Reichsversicherungsgesetze anspricht, so ist damit nicht gleichzeitig schon entschieden, daß auch ein versicherungspflichtiger Unfall im Sinne einer privaten Versicherung vorliege. Maßgebend sind vielmehr stets nur die Bestimmungen der ev. bestehenden Privatversicherung selbst: Die Bergwerksgesellschaft Trier, G. m. b. H. in Hamm hatte ihre sämtlichen Beamten durch eine Generalpolice bei dem Nordstern in Berlin versichert, und zwar auf 5000 M. gegen Tod und auf 10000 M. gegen Unfallfolgen. „Nach § 1 der Bedingungen sollte als Unfall gelten" jedes gewaltsame, plötzliche, von dem Willen des Versicherten unabhängige, von außen mit elementarer Gewalt einwirkende Ereignis, das eine körperliche Schädigung des Versicherten zur Folge hat. Erkältung war ausdrücklich in den Bedingungen nicht als Unfall im Sinne der Versicherung erklärt worden. Zu den versicherten Beamten gehörte auch ein Fahrsteiger Sch., der am 21. November 1909 plötzlich an den Folgen einer Lungenentzündung verstarb, die er sich unstreitig bei der Ausübung seines Berufes zugezogen hatte. Im Gegensatz zum Schiedsgerichte entschied das Reichsversicherungsamt, daß ein von der Knappschaftsberufsgenossenschaft zu tragender Unfall im Sinne der Reichsversicherungsgesetze vorliege. Vergeblich aber versuchte die Bergwerksgesellschaft Trier, auch den Nordstern versicherungspflichtig zu machen. Die Klage ist vielmehr in allen drei Instanzen abgewiesen worden. Landgericht und Oberlandesgericht Hamm hatten zunächst untersucht, wie der zum Tode führende Unfall des Klägers sich ereignet gehabt habe. Am 21. November 1909 habe dieser Steiger mit dem Direktor gemeinsam zunächst eine unter Tage aufgestellte neue Maschine ausprobieren müssen. Dann habe er, weil mit der Vertretung eines Kollegen beauftragt, noch einen Teil der Grube Radbod befahren müssen. Vor der Einfahrt sei Sch. noch frisch und gesund gewesen. Nachdem habe er aber sofort die Anzeichen eines schwerkranken Mannes gezeigt, und schon am nächsten Tage habe der Arzt eine schwere linksseitige Lungenentzündung bei ihm festgestellt, die bald darauf zum Tode geführt habe. Unstreitig müsse zwar angenommen werden, daß sich Sch. die Krankheit in der naßkalten Grube geholt habe, zumal er, bei seiner anstrengenden Tätigkeit erhitzt, mehrmals die eiskalte Zone der Wasserbrausen habe durchschreiten müssen. Ob aber damit im Sinne der privaten Versicherung ein Unfall vorliege, sei nur nach den bestimmten Bedingungen der Police selbst zu entscheiden. Keineswegs könne man danach sagen, daß der Tod des Steigers bei dieser Sachlage durch ein von außen mit mechanischer Gewalt auf ihn eindringendes Ereignis verursacht sei. Erkältungen seien in den Bedingungen ausdrücklich nicht für Unfälle im Sinne der Police erklärt. Wenn auch die Erkältung hier ersichtlich auf die Einwirkungen des kalten Berieselungswassers zurückzuführen sei, so gehe doch nicht an, deshalb von Einwirkungen „mit mechanischer Gewalt" zu reden. Das Reichsgericht bestätigte dieses Urteil und wies die Revision der klagenden Bergwerksgesellschaft als unbegründet zurück. Auch wenn man die Angaben der Klägerin als richtig unterstelle und annehme, daß der Tod des Steigers hauptsächlich auf die kalte Berieselungsanlage zurückzuführen sei, so liege doch kein „Unfall" im Sinne der

Digitized by Google

Police vor. Die Feuchtigkeit und die Erkältung des Verstorbenen seien keine Wirkungen physischer Art. Außerdem fehle, um von einem Unfalle im Sinne des § 1 der Versicherungsbedingungen zu reden, der Moment des „plötzlich" einwirkenden Ereignisses. Die Berieselungsanlage sei eine feste Einrichtung gewesen, die der Verstorbene gekannt habe, als er sich ihr ausgesetzt habe. Die Einwirkungen der Anlage seien also nicht „unvorhergesehen" und nicht unerwartet auf ihn erfolgt, außerdem sei Sch. erst am nächsten Tage an den Folgen der Erkältung gestorben, alles Momente, die die Anwendung des § 1 der Bedingungen ausschlössen.

(Kompaß.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Bekanntmachung, betreffend das Schiedsgericht für Angestelltenversicherung.

Für die Angestelltenversicherung ist bekanntlich für das ganze Reichsgebiet ein Schiedsgericht errichtet worden, das seinen Sitz in Berlin hat. Zum Vorsitzenden des Schiedsgerichts ist der Königliche Verwaltungsgerichtsdirektor des Bezirksausschusses in Berlin Wagner und zu dessen Stellvertreter der Königlich Preußische Regierungsrat bei derselben Behörde von Aster bestellt worden. Die Geschäftsräume des Bezirksausschusses befinden sich in Berlin NW 50, Invalidenstraße 52.

Gelten die §§ 576, 1513 RVO. über den Unfallzuschuß und über die Uebernahme des Heilverfahrens vom 1. Januar 1913 ab auch für ältere Unfälle?

Hierüber hat sich auf Ersuchen der Berliner Ortskrankenkasse der Kaufleute Herr Amtsgerichtsrat Hahn geäußert, wie wir aus Nr. 12 der Krankenkassen-Zeitung ersehen. Mit Ermächtigung des Verfassers teilen wir die Aeußerung unseren Lesern mit:

„Im allgemeinen gilt als Regel, daß Ansprüche und Verpflichtungen nach demjenigen zeitlichen Rechte zu beurteilen sind, unter dessen Herrschaft der den Rechtsgrund bildende Tatbestand sich vollendet hat, wenn nicht besondere Vorschriften (vgl. z. B. hinsichtlich der Ansprüche der Versicherten: Art. 30, 60 Einf.Ges. z. RVO.) oder Rücksichten des Gemeindewohls, sozialpolitische Erwägungen usw. die Annahme einer Rückwirkung des neuen Rechts auf ältere Tatbestände rechtfertigen (vgl. Entscheidung des Reichsger. in Zivils. 43 S. 25, Rekursentsch. 1875 Amtl. Nachr. 1901 S. 551). Die Leistungspflichten der Versicherungsträger aus dem Unfall entstehen im vollen Umfange aus der Tatsache des Unfalls. Dies gilt, wie für die Pflicht der Krankenkasse, den Unfallzuschuß zum Krankengelde zu zahlen, so auch für die Pflicht der Genossenschaft oder des Unternehmers, den Zuschuß zu ersetzen. Denn die Leistungspflicht der Kasse besteht von vornherein nur vorbehaltlich ihres Ersatzanspruchs. Dieser ist daher auf denselben inneren Grund zurückzuführen, wie die Leistungspflicht der Kasse, d. h. auf den Unfall. Deshalb kann für die Beurteilung sowohl der Leistungspflicht der Kasse als auch der Ersatzpflicht wegen des Zuschusses grundsätzlich nur das Recht maßgebend sein, das zur Zeit des Unfalls galt. Der § 576 RVO. ist also nur anwendbar, wenn der Unfall sich nach dem 31. Dezember 1912 ereignet hat. Bei einem älteren Unfall gilt für den Ersatz des Zuschusses § 12 GUVG. auch hinsichtlich der Leistungen, die auf die Zeit vom 1. Januar 1913 ab entfallen. Auch praktisch halte ich dies Ergebnis für allein annehmbar. Es kann nicht wohl die Absicht des Gesetzes sein, daß in das nach früherem Rechte begründete einheitliche Schuldverhältnis vom 1. Januar 1913 ab ein neuer Schuldner, nämlich die Genossenschaft an Stelle des Unternehmers, eintreten soll.

Entsprechend diesen grundsätzlichen Darlegungen ist auch im Falle der Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft die Ersatzpflicht der Krankenkasse einheitlich nach demselben Gesetze zu beurteilen, unter dessen Herrschaft die Uebernahme erfolgt ist. Denn diese Uebernahme ist der Rechtsakt, durch den das Rechtsverhältnis sowohl zwischen den in Betracht kommenden Versicherungsträgern und dem Versicherten, als auch zwischen den beiden Versicherungsträgern untereinander von vornherein in vollem Umfange begründet und bestimmt wird. Ist also die Uebernahme vor dem 1. Januar 1913 erfolgt, so bestimmt sich die Ersatzpflicht der Krankenkasse nicht nach § 1513 RVO., sondern noch nach § 76c RVG. auch für die über den 31. Dezember 1912 hinauslaufenden Leistungen."

Krankenversicherung in den Niederlanden.

Ueber die Entwicklung der Sozialversicherung in den Niederlanden im allgemeinen geben die Hefte XIII und XIIIa der von Dr. Zacher herausgegebenen „Arbeiter-Versicherung im Auslande" (Verlag der Arb.-Versorgg.) ausführliche Auskunft. Den Vertrag zwischen dem Deutschen Reich und den Niederlanden, betreffend die Unfallversicherung, behandelt ein Aufsatz von Dr. Stoecker in Arb.-Versorgg. 1908 S. 109 ff. Endlich hat in Arb.-Versorgg. 1910 S. 593 Kleeis über den damals veröffentlichten Entwurf eines Krankenversicherungsgesetzes für die Niederlande berichtet. Er beruht auf dem Prinzip der Zwangsversicherung mit der nur durch die geschichtliche Entwicklung zu erklärenden Eigentümlichkeit, daß Gegenstand der Versicherung im allgemeinen nur die Gewährung von Krankengeld, nicht auch eines Heilverfahrens ist. (Näheres bei Kleeis a. a. O.) Im wesentlichen in dieser Form ist der Entwurf jetzt von der Kammer mit 58 gegen 22 Stimmen angenommen worden.

Pharmazeutische Ersatzmittel in der Kassenpraxis.

Die Frage, inwieweit die Aerzte durch einseitige Bestimmung der Krankenkassen oder im Wege der Vereinbarung bindend verpflichtet werden können, an Stelle gewisser Präparate bestimmte andere, billigere aber — wirklich oder vermeintlich — gleichwertige Ersatzmittel zu verordnen, hat die Fachpresse der Aerzte und der Apotheker schon oft beschäftigt. Neuerdings hat u. a. die „Berliner Aerzte-Korrespondenz" auf derartige Bestimmungen des neuesten Arzneiverordnungsbuches der

Digitized by Google

Krankenkassen Berlins und der Vororte (S. 11 § 25) aufmerksam gemacht, „um die Kassenärzte Groß-Berlins vor unliebsamen Regreßansprüchen zu bewahren". Im Hinblick hierauf erörtert die „Deutsche Medizinische Presse" ganz allgemein die Frage, wie weit ein solcher von den Krankenkassen ausgeübter Substituierungszwang rechtlich haltbar sei. Sie führt u. a. aus: Bei chemisch identischen, nur durch den Wortschutz unterschiedenen Mitteln möge die Substituierung hingehen, obgleich auch hier einzelne Sachverständige nicht immer von der völligen Gleichheit der Wirkung überzeugt seien. Unhaltbar aber sei es, wenn den Aerzten, lediglich des Kostenpunktes wegen, nicht etwa (was sich hören ließe) nur vorgeschlagen, sondern geradezu geboten werde, bei Vermeidung des Regresses statt des von ihnen für angezeigt erachteten Mittels ein ganz anderes zusammengesetztes zu verschreiben. Das stehe mit dem Gesetze nicht in Einklang, da weder im Krankenversicherungsgesetz, noch in der Reichsversicherungsordnung irgendeine Beschränkung in der Gewährung der freien „Arznei" an die versicherten Personen vorgesehen sei. Eine gewisse Beschränkung bestehe nur „Heilmitteln" gegenüber. Bei den genannten Mitteln handle es sich aber um „Arzneien", und diese seien unbeschränkt zu gewähren. Hieraus ergebe sich schon ohne weiteres, daß solche Vorschriften der Kassen, die den Arzt zwingen, gegen seine Ueberzeugung die Verordnung eines wirksamen, ihm geeignet erscheinenden Mittels zu unterlassen und dafür ein anderes, ihm weniger zusagendes zu verschreiben, nur weil es billiger ist, mit dem Gesetz in Widerspruch stehen und daher nicht als rechtsverbindlich gelten können. Im Anschluß hieran werden Auszüge aus zwei Entscheidungen mitgeteilt:

a) Urteil des Reichsgerichts v. 22. November 1912: Der Fabrikant des Pyrenols hatte gegen württembergische Krankenkassen geklagt, weil diese in ihrem Arzneiverordnungsbuch ein bestimmtes Gemisch als gleichwertig mit Pyrenos bezeichnet hatte. Das Reichsgericht führt aus: „Die aufgestellte Arzneiverordnung bildet die Grundlage der Verträge, die zwischen den Verbandskrankenkassen und den Kassenärzten und Apothekern über die Versorgung der Kassenmitglieder mit der ihnen von den Kassen nach dem Krankenversicherungsgesetze in Krankheitsfällen zu gewährenden „freien Arznei" abgeschlossen werden. Sie verfolgt den ausgesprochenen Zweck, die Ausgaben der Krankenkassen für Arznei, soweit angängig, zu verringern, und sie legt zur Erreichung dieses Zieles den Kassenärzten die Verpflichtung auf, erkrankten Kassenmitgliedern an Stelle gewisser Heilmittel, die unter zeichenrechtlich geschützten Namen zu teueren Preisen feilgehalten werden, regelmäßig billigere Ersatzmittel zu verordnen, die ‚wortgeschützten' teueren Mittel dagegen nur dann, wenn der ‚besondere Krankheitsfall' dies bedingt. Im Zusammenhange hiermit betrachtet kann aber die Angabe, daß das Pyrenol und das oben erwähnte Ersatzmittel gleich seien, wie überhaupt die Gleichstellung von Ersatzmitteln und ‚wortgeschützten' Mitteln, nur auf die Heilwirkung der Mittel bezogen und zugleich nur mit der Einschränkung verstanden werden, daß die Heilwirkung des Ersatzmittels für gewöhnlich ausreiche, um das ‚wortgeschützte' entbehrlich erscheinen zu lassen, daß indes die Entscheidung hierüber für den einzelnen Krankheitsfall dem Arzte verbleibe. So verstanden, entspricht die Angabe der Wahrheit, und sie enthält auch sonst keine Gesetzesverletzung, die den Kläger berechtigte, die Unterlassung ihrer Wiederholung zu fordern."

b) Urteil des Landgerichts I Berlin, 10. Zivilkammer, v. 13. Januar 1900: Hier waren gegen einen Arzt, der einer mit Eisenpräparaten wiederholt erfolglos behandelten Patientin Krewellsche Pillen verordnet hatte, Regreßansprüche geltend gemacht worden, weil diese Pillen nicht zugelassen waren. Das Landgericht wies diese Ansprüche unter folgender Begründung zurück: „Es wäre falsch, vom Arzte zu verlangen, im Interesse einer Kostenersparnis der Kasse gegenüber billigere, weniger heilsame Mittel anzuwenden. Ein Unterschied zwischen den mehr oder weniger bemittelten Patienten soll nicht gemacht werden. Der Arzt hat unter sinngemäßer Beobachtung der vertraglichen Vorschriften diejenigen erprobten Mittel anzuwenden, welche ihm zur Erfüllung seiner menschlichen Pflichten den Kranken gegenüber angemessen erscheinen. Dem beklagten Verein und der Krankenkasse darf nicht das Recht zustehen, den Arzt verantwortlich zu machen, weil er ein Mittel gewählt hat, das nicht ganz im engen Rahmen der Vorschrift enthalten ist. Vielmehr ist es auch ihre Pflicht, unter sinngemäßer Würdigung jedes Einzelfalles zu prüfen, ob nicht der Arzt, wenn er auch nach ihrem subjektiven Empfinden die Vorschriften nicht genau innegehalten hat, im Interesse des Kranken so gehandelt hat, wie er den Gesetzen und seinem Gewissen gegenüber handeln mußte."

Muster für Verträge zwischen Aerzten und Krankenkassen.

Der Deutsche Aerztevereinsbund und der Leipziger Verband machen folgendes bekannt:

„Die von der Krankenkassen-Kommission des Deutschen Aerztevereinsbundes ausgearbeiteten und vom Geschäftsausschuß genehmigten Musterverträge sind jetzt in der Buchhandlung des Leipziger Verbandes erschienen und können von dieser bezogen werden. Sie enthalten das Mindestmaß dessen, was wir Aerzte in unseren Beziehungen zu den Krankenkassen von diesen fordern müssen und sind in ihren Einzelheiten den Beschlüssen der Aerztetage, insbesondere denen des Stuttgarter Aerztetages, gleichzeitig aber auch den Bestimmungen der vom Reichskanzler erlassenen Mustersatzungen für Krankenkassen angepaßt. Wir empfehlen den Herren Kollegen, besonders den Vorsitzenden der kassenärztlichen Lokalorganisationen und der Vertragsprüfungskommissionen das Studium der Musterverträge und bitten sie, nach diesem Muster jetzt schon Vertragsentwürfe für den Abschluß mit den für sie in Betracht kommenden Krankenkassen vorzubereiten. Aber nur vorzubereiten. Wir warnen dringend und immer wieder davor, etwa jetzt schon sich in Verhandlungen mit den Kassenvorständen einzulassen. Die Kassen müssen erst ihre Statuten neu errichten und deren Genehmigung, vor allem aber ihre fernere Zulassung überhaupt abwarten, ehe sie imstande sind, ihrerseits Abmachungen, die für die Zukunft tatsächlich Wert haben, zu treffen. Es empfiehlt sich aber, die Kassenvorstände auf die Musterverträge hinzuweisen und ihnen anheimzugeben, deren Bestimmungen bei der Aufstellung der Kassensatzungen Rechnung zu tragen. Auf keinen Fall dürfen jetzt schon Verträge abgeschlossen oder — auch nicht unter Vorbehalt — unterzeichnet werden. Wer das tut, gefährdet das vom Stuttgarter Aerztetag beschlossene einheitliche, gleichzeitige, gleichmäßige und geschlossene Vorgehen. Im Interesse eines solchen liegt es auch, daß laufende Verträge nicht über den 31. Dezember d. J. in Kraft bleiben und deshalb sind alle kündbaren Verträge unbedingt rechtzeitig für den letzten Tag 1913 zu kündigen." — —

Auch die Krankenkassen haben alle Ursache, sich in das Studium dieser Vertragsmuster schon jetzt zu vertiefen. Es ist ihnen eine Begründung beigegeben, aber die Kassen dürften Grund haben, bei Ermittlung des Zwecks und der Bedeutung der einzelnen Bestimmungen sich nicht nur an diese Begründung zu halten. Nicht überall tritt

Digitized by Google

die eigentliche Absicht so deutlich zutage, wie in der Erläuterung zu § 14 des 1. und 2. Musters, wo (S. 51) erklärt wird: Es sei auf langfristige Verträge bei freier Arztwahl und auf gleichzeitigen Ablauf der Verträge der größte Wert zu legen, weil dies die schärfste Waffe im Konfliktsfalle sei; die Kündigungsfrist aber müsse kurz, nicht über ein Vierteljahr sein, um den Kassen im Konfliktsfalle die Anwerbung neuer Aerzte nicht zu erleichtern.

Die ärztliche Fachpresse warnt vor voreiligen unüberlegten Vereinbarungen. Das können die Kassen wohl gelten lassen und sie sollten es auch ihrerseits beachten. Die Musterverträge sind zum Preise à 75 Pf. bei freier Zusendung aus der „Buchhandlung des Leipziger Aerzteverbandes", Leipzig, Dufourstr. 18, zu beziehen.

Hat die deutsche Sozialversicherung die Erwartungen erfüllt?

In einem vielbesprochenen Buche über „das Problem der Armut" von Sidney und Beatrice Webb (deutsch von Helene Simon bei Eugen Diederichs in Jena) haben die Verfasser in großen Zügen ein umfassendes Programm der sozialen Reform entwickelt, das beherrscht ist von dem Grundgedanken, daß die Abhilfe gegen das Elend der Arbeiterklasse und der Arbeitslohn nicht in der Unterstützung, sondern in der Verhütung zu suchen sei; und weil sie auch in der Versicherung, wie sie den Angelpunkt der deutschen Sozialpolitik bildet, nur eine Form der Unterstützung erblicken, die den Menschen moralisch entwerte und verderbe, seine Scham ertöte und seine Kraft lähme, so ist es begreiflich, daß sie auch die Zwangsversicherung als soziales Heilmittel verwerfen — ungefähr auf Grund ähnlicher, wenngleich nicht so stark übertreibender Vorwürfe, wie sie auch von deutscher Seite gelegentlich erhoben und mit Nachdruck zurückgewiesen oder doch auf ein vernünftiges Maß zurückgeführt worden sind. Wir verweisen hierüber nur auf die in unserer Zeitschrift veröffentlichten Ausführungen 1911 S. 299, 1912 S. 665, 833, 1913 S. 166, 189.

Die Schicksalsfrage, ob die deutsche Sozialversicherung die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt hat, wird eingehend und sachlich, ohne Voreingenommenheit nach der einen oder anderen Seite, erörtert von Professor Dr. v. Zwiedineck-Südenhorst (Karlsruhe) in der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft (1913 S. 273 ff). Die Frage ist selbstverständlich nicht mit einem einfachen Ja oder Nein zu beantworten, da die Zwecke der Sozialversicherung und folgeweise die Erwartungen, die man von ihr hegen durfte, sich in verschiedenen Richtungen bewegen. Danach teilt sich denn auch das Urteil des Verfassers. Er bemerkt:

„In Deutschland ist die Sozialversicherung die Bahnbrecherin für diejenige Arbeit, die anderwärts — ich erinnere da vor allem an England und Wales — primär und ohne Zusammenhang mit der Versicherung in Angriff genommen war. Damit ist der Charakter der Kranken- und Invalidenversicherung vor allem schon im Verlauf der verhältnismäßig kurzen Zeit ihres Bestehens unversehens ein anderer geworden: es ist ganz unzulässig, die Krankenversicherung immer, auch heute noch, nur als besondere Wohltat gegenüber der Arbeiterschaft aufzufassen. War auch das Motiv dieser Aktion des Staatssozialismus nach der Seite der Arbeiterschaftsinteressen orientiert, so belehrt der Blick auf das Versicherungswerk, das das englische Parlament nunmehr ins Leben gerufen hat, daß das Interesse der Gesamtheit an einem gewissen Maß von Krankheitsfürsorge zur treibenden Kraft weit über die spezifisch sozialpolitischen Gesichtspunkte hinaus geworden ist. Dort hat man eben das vorhandene System der Krankenfürsorge mit den 700 kommunalen Krankenhäusern, Beobachtungsstationen, Beratungsstellen für Phthisis, Hautkrankheiten, Mütter- und Säuglingsfürsorgestellen u. s. f. doch schließlich ohne Versicherung für unzulänglich erkannt und glaubt, mit dem Versicherungszwang für Arbeiter die Krankenfürsorge für das ganze Volk auf eine rationellere Basis stellen zu müssen. Die Kranken- und Invalidenversicherung stellt sich demzufolge für die Staatsverwaltung schlechthin als Eck- und Grundstein der Volksgesundheitspflege dar und, so paradox es auch klingen mag: je vollkommener die Versicherung funktionieren soll, um so vollkommener müssen die Maßnahmen der Prävention und Repression ausgestaltet sein, und sie werden es um so besser, je unmittelbarer die Verbindung des sozialhygienischen Verwaltungsdienstes mit den Krankenkassen und den Invaliditätsversicherungsanstalten, je größer der Einfluß im gewissen Sinne dieser auf jene ist. In dem zielbewußten Ausbau dieses Versicherungszweiges, in der Erfüllung der großen, vorher noch ganz vernachlässigten Aufgabe des Krankendienstes und in der damit erst zu erhoffenden Verallgemeinerung der sozialhygienischen Pflichterfüllung, an der jeder einzelne mitwirken muß und zu der er durch die Versicherung erzogen werden muß: darin liegt vielleicht die größte Bedeutung der Reichsversicherungsordnung, wenigstens des einen Teiles ihrer Reformtendenz.

Die Ausgestaltung der Versicherung in dieser Richtung geht alles in allem erheblich über das hinaus, was man an Wirkungswert vor 40 Jahren und noch vor 25 sich zu erwarten getraute, und wir dürfen in diesen Beziehungen wohl behaupten: die Tatsachen übertreffen erheblich die seinerzeitigen Erwartungen."

Minder günstig und unbedenklich fällt das Urteil des Verfassers hinsichtlich der Wirkungen in der Richtung des sozialen Friedens aus. Nur freilich wird der Grund einer gewissen Unbefriedigtheit in dieser Hinsicht wesentlich in gewissen falschen Vorstellungen vom Begriff und der Möglichkeit des „sozialen Friedens" gefunden. Man habe nicht erwarten dürfen, daß der Kampf zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern um den Anteil am Arbeitsertrage zum Stillstand gebracht werden könne, daß durch die Versicherungsgesetze der Koalitionsfreiheit und ihren Begleiterscheinungen der Boden entzogen werden könne oder solle. Wer sich in dieser Richtung enttäuscht finde, habe dies seiner Lebensunkenntnis und einem Mißverständnis zuzuschreiben. Zuzugeben sei nur, daß, vermöge der dem einzelnen wie der Masse eigentümlichen Anpassung, nur allzu rasch als selbstverständlich angesehen werde, was ehedem als wertvolle Errungenschaft angesehen und dankbar empfangen worden sei. Die Sozialpolitiker aber hätten keinen Grund, mit dem Argument des unerfüllten sozialen Friedens zu operieren, sondern müßten im Gegenteil der Herrschaft dieses Wortes mit allen seinen Mißdeutungen entgegenzuwirken durch immer neue Arbeit, entsprechend der unablässigen Bewegung des Wirtschaftslebens, die den sozialen Frieden zu einem nimmer endenden Problem macht.

Als Gründe der Unbefriedigtheit seien allerdings auch von diesem Gesichtspunkte aus gewisse unerwünschte Folgen festzustellen, so: der ins riesenhafte wachsende Apparat der Sozialversicherung, der die Bedeutung zu gewinnen drohe, als sei mit ihm schon alles Wesentliche an sozialpolitischer Arbeit getan; die Bureaukratisierung der Verwaltung, die in der Reichsversicherungsordnung weitere Fortschritte gemacht und neue Entwicklungsmöglichkeiten gefunden habe; und vor allem die Schwächung der Selbstverantwortlichkeit mit den bekannten Begleiterscheinungen: Minderung des Bestrebens, Versicherungsfälle zu verhüten, Schwächung der Wider-

Digitized by Google

standskraft gegen schädigende Ereignisse, bewußte und unbewußte Uebertreibung der Schädigungssymptome und schließlich offenbare Simulation. Die in dieser Richtung erhobenen Angriffe auf die deutsche Sozialversicherung werden vom Verfasser ernst erwogen und auf das rechte Maß zurückgeführt. Vor allem wird festgestellt, daß es sich um Begleiterscheinungen nicht nur der sozialen Zwangsversicherung, sondern der Versicherung überhaupt handelt, und daß es die keineswegs nur die Arbeiterschaft, sondern die ganze Gesellschaft beherrschende Tendenz zur raffinierten Vorteilsverfolgung ist, die hier ihre verhängnisvollen Blüten treibt.

Die Versicherung müsse freilich, um rationell zu wirken, so eingerichtet sein, daß sie auch schadenverhütend wirke. Unter diesem Gesichtspunkte wird die Entlastung der Armenpflege, die Unfall- und Krankheitsverhütung und vor allem die Wirksamkeit der Invalidenversicherung gewürdigt, die zur treibenden Kraft geworden sei für die Ausbildung von Einrichtungen zur Verhütung und Hemmung von sozialem Elend.

Das praktische Ergebnis der Betrachtungen ist: Trotz der nicht zu leugnenden Mängel der Versicherungsorganisation könne nicht an einen Rückzug, sondern nur an Verbesserungen des Bestehenden gedacht werden: dagegen seien die Ideen einer Ausdehnung des Versicherungsprinzips zurückzustellen, einmal im Hinblick auf die erwähnten Schwächen der Arbeiterversicherung und ihrer massenpsychologischen Grundlagen, dann aber um nicht mit neuen Versicherungszweigen neue Erwartungen zu wecken, die nicht erfüllt werden, weil ein weiteres Steigen der Passivität zu gewärtigen sei. Es werde gut sein, im Rahmen des Erreichten die Dinge erst ausreifen zu lassen und unabläßig den Boden dafür bei jeder neuen Generation zu bereiten.

Dies ist nur ein knapper Auszug aus den lesenswerten Aufsatz, der leider nicht ganz leicht lesbar, zum Teil in einem etwas professoralen, wacker mit Fremdwörtern gespickten Deutsch geschrieben ist. Minder überzeugend als die meisten Ausführungen erscheint uns das Schlußergebnis. Wir würden es für verhängnisvoll erachten, den Gedanken an die Verwirklichung so dringender Probleme, wie namentlich einer Mutterschaftsversicherung, die über die bescheidenen Ansätze in der Krankenversicherung weit hinausgreift, und ferner einer Arbeitslosenversicherung zurückzustellen und nur den Boden dafür bereiten zu wollen, auf dem erst künftige Generationen bauen sollen.

Sprechsaal.

Gilt die Neufestsetzung des landwirtschaftlichen Jahresarbeitsverdienstes auch für die Invalidenversicherung?

Herr Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. Weymann schreibt uns:

In Nr. 12 der „Arb.-Versorgg." ist auf S. 281 die Auffassung vertreten, die mit dem 1. Januar 1913 in Kraft getretene Neufestsetzung der landwirtschaftlichen Jahresarbeitsverdienste sei für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bedeutungslos, weil für diese die Fortgeltung der gemäß § 10 LUVG. vom 30. Juni 1900 festgesetzten Durchschnittsbeträge durch den Bundesratsbeschluß vom 21. Dezember 1911 angeordnet sei. Diese Auffassung halte ich für unrichtig. Art. 104 Einf.Ges. z. RVO. schreibt vor:

> „Soweit Gesetze und andere Rechtsnormen auf Vorschriften verweisen, welche die Reichsversicherungsordnung oder dieses Gesetz übernimmt, ändert oder aufhebt, treten an deren Stelle die entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung oder dieses Gesetzes".

Danach ist auch im gedachten Bundesratsbeschluß die Verweisung auf § 10 LUVG. durch eine solche auf 936 RVO. ohne weiteres kraft Gesetzes ersetzt. Es ist sogar fraglich, ob der Bundesrat ermächtigt gewesen sein würde, etwas anderes ausdrücklich vorzuschreiben, wenn er es gewollt hätte; nicht fraglich ist aber, daß der Bundesrat das nicht gewollt hat. Am 21. Dezember 1911 stand der Zeitpunkt des Inkrafttretens des 3. Buches der Reichsversicherungsordnung noch gar nicht fest; der Bundesrat konnte also zunächst nur auf § 10 LUVG. Bezug nehmen. Wenn er den auf Grund dieser Vorschrift erlassenen Festsetzungen im Gegensatze zu Art. 104 Einf.Ges. die Fortdauer über den zeitlichen Geltungsbereich des § 10 LUVG. hinaus hätte verleihen wollen, so würde er das unzweifelhaft ausdrücklich gesagt haben. Uebrigens ist durchaus nicht abzusehen, was den Bundesrat hätte veranlassen können, eine solche Bestimmung zu treffen. Die neuesten Festsetzungen sind der dringenden Vermutung nach die zutreffendsten, und die älteren waren vielfach nicht zutreffend, nämlich zu niedrig; weshalb hätte der Bundesrat daran im Widerspruch mit den Tatsachen zum Nachteile der Landarbeiter festhalten sollen?

Verschmelzung zweier Hilfskassen; Bedeutung für die Frage der Zulassung als Ersatzkasse.

Aus Görlitz erhalten wir folgende Zuschrift:

„Die Kranken- und Begräbniskasse des Vereins junger Kaufleute zu Görlitz hat in der außerordentlichen Hauptversammlung am 25. August 1912 Satzungsänderungen beschlossen, und diese sind vom Kaiserlichen Aufsichtsamt für Privatversicherung unterm 4. Dezember 1912 genehmigt worden. Unter den Uebergangsbestimmungen ist § 72 enthalten, welcher lautet: „Die Aufnahme von seither schon bestehenden eingeschriebenen Hilfskassen soll nach Vorschlag des Hauptvorstandes mit Mehrheitszustimmung des Ausschusses und nach Feststellung eines Uebergangsvertrages jederzeit erfolgen können. Die Aufnahme bedarf der Genehmigung der Aufsichtsbehörde."

Am 18. Januar 1913 ist in der Senatssitzung des Kaiserlichen Aufsichtsamts für Privatversicherung zu Berlin folgende Entscheidung getroffen:

1. Die Uebertragung des gesamten Versicherungsbestandes der Krankenkasse für Handelsangestellte in Barmen auf die Kranken- und Begräbniskasse des Vereins junger Kaufleute zu Görlitz, jetzt Krankenkasse für Kaufleute und Privatbeamte in Deutschland zu Barmen, nach Maßgabe des Uebergangsvertrages vom 25. August 1912 wird gemäß § 14 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 (RGBl. S. 139) genehmigt.
2. Die Krankenkasse für Kaufleute und Privatbeamte in Deutschland zu Barmen wird als kleiner Verein anerkannt.

Digitized by Google

Der Kranken- und Begräbniskasse des Vereins junger Kaufleute in Görlitz ist auf Grund des § 75a KVG. unterm 25. Februar 1909 letztmalig vom Reichskanzler die Bescheinigung erteilt worden, daß die Kasse, vorbehaltlich der Höhe des Krankengeldes, den Anforderungen des § 75 KVG. genügt. Durch die, unterm 4. Dezember 1912 vom Aufsichtsamt für Privatversicherung genehmigte Aenderung der Satzungen, ist doch zweifellos der Widerruf bedingt bzw. war die rechtzeitige Nachsuchung der Erneuerung dieser Bescheinigung gemäß § 75a KVG. geboten. Ein Uebertritt derjenigen Personen, welche auf Grund des § 19 Abs. 5 KVG. für den Schluß des Rechnungsjahres 1912 gekündigt hatten, konnte rechtlich von der Ortskrankenkasse nicht genehmigt werden. Der Streit darüber ist vom Reichskanzler bis heute noch nicht entschieden. In der Nr. 88 des Deutschen Reichsanzeigers wird bekannt gemacht, daß auf Grund des § 75a KVG. dem Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit „Krankenkasse für Kaufleute und Privatbeamte in Deutschland, Sitz Barmen", unterm 8. April 1913, die Bescheinigung erteilt worden sei, daß er, vorbehaltlich der Höhe des Krankengeldes, den Anforderungen des § 75 KVG. genügt.

Es steht außer allem Zweifel, daß durch diese Manipulationen ungesetzliche Zustände geschaffen waren, durch welche versicherungspflichtige Mitglieder vom 4. Dezember 1912 ab in höchst gefährdeter Lage waren. Besonders bedenklich erscheint der Zweck, die kaum 700 Mitglieder zählende Hilfskasse des Vereins junger Kaufleute zu Görlitz, auf dauernd mehr als 1000 Mitglieder zu bringen, um dann auch die Zulassung als Ersatzkasse gemäß der Reichsversicherungsordnung zu erwirken. Solche Absichten zu verhindern, dürfte doch wohl auch Aufgabe der Fachpresse sein und Veranlassung geben, rechtzeitig die zuständigen Stellen darauf aufmerksam zu machen."

Wir haben in vorstehendem den Ton der Zuschrift schon stellenweise gemildert und müssen bemerken, daß die Entrüstung des Einsenders uns verfrüht erscheint. Wir können in dem, was über den bisherigen Hergang berichtet ist, nichts Ungesetzliches finden, und nichts deutet darauf hin, daß die Behörden bereit sein würden, im weiteren Verlaufe der Sache bei einer Gesetzesumgehung mitzuwirken. Die Verschmelzung der Barmener Kasse mit der Görlitzer hat ihre gesetzliche Grundlage in §§ 14, 43, 44 des Gesetzes vom 12. Mai 1901. Dadurch werde nicht der Widerruf der aus § 75a KVG. erteilten Bescheinigung, sondern nur die erneute Prüfung erforderlich, und diese mußte zur Erneuerung der Bescheinigung führen, wenn die Satzungsänderung nicht die Leistungen der Kasse änderte, so daß sie den Anforderungen des § 75 KVG. nicht genügte. Solange aber ein Widerruf nicht erfolgt war, sondern nur jene erneute Prüfung noch nicht abgeschlossen war, blieb eben die bisherige Bescheinigung, ungeachtet der Satzungsänderung, absolut maßgebend bei Entscheidung jedes Streits über Befreiung der Mitglieder (§ 75b KVG.), insbesondere also auch im Hinblick auf das Verhältnis zur Ortskrankenkasse nach § 19 Abs. 5 KVG. Welcher Streit „vom Reichskanzler bis heute noch nicht entschieden" sein soll, ist ganz unerfindlich, da der Kanzler doch zu „Streitentscheidungen" auf diesem Gebiete nicht berufen ist. Ebenso unklar ist, inwiefern Versicherungspflichtige „vom 4. Dezember 1912 ab in höchst gefährdeter Lage waren".

Interessant wird der Fall erst werden, wenn der durch die Verschmelzung erweiterte Verein seine Zulassung als Ersatzkasse beantragen und es sich um die Frage handeln wird, ob bei Ermittlung der nach § 503 RVO. zur Zulassung erforderlichen Mitgliederzahl, diejenigen Mitglieder mitzurechnen sind, die nach der am 1. April 1909 geltenden Satzung nicht aufgenommen werden dürften und deren Aufnahme erst nach diesem Zeitpunkte durch die Verschmelzung der beiden Kassen bewirkt worden ist. Man findet diese Fragen erörtert bei Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 5a und c zu § 503 RVO., S. 666, 667.

Literarisches.

Hilfstabellen zur Berechnung der Versicherungsbeiträge und der Kassenleistungen nach der Reichsversicherungsordnung. Von A. Kolbeck, Bezirksamtssekretär in Kempten. 1913, im Selbstverlage des Verfassers. Preis 1 M.

Für die Kranken- und Unfallversicherung werden in zweckmäßiger Anordnung zunächst die für die Berechnung der Beiträge und Leistungen maßgebenden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung mitgeteilt und weiterhin Tabellen aufgestellt, aus denen man die Summe der Beiträge und der verschiedenartigen in Betracht kommenden Barleistungen, wie sie sich bei den verschiedensten Grundlöhnen und Jahresarbeitsverdiensten für alle möglichen Zeitteile ergeben, bequem ablesen kann. Für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wird an der Hand der gesetzlichen Vorschriften die Art der Berechnung der Renten dargelegt und durch Beispiele erläutert; eine Tabelle weist für die fünf Lohnklassen die Invaliden-, Witwen- und Waisenrenten unter Zugrundelegung von 500, 1500 und 2500 Beitragswochen nach. Das Büchlein ist zum praktischen Gebrauch für Behörden, Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Arbeitgeber und Versicherte nicht nur bestimmt, sondern auch wohl geeignet und kann ihnen empfohlen werden.

Handbuch der Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung, den Nebengesetzen und den Ausführungsvorschriften. Ausführlicher Kommentar von Amtsgerichtsrat Hahn. Verlag der Arbeiter-Versorgung. A. Troschel, Berlin-Lichterfelde 1913. Band I, 743 und XXXIV. Preis geheftet 16,50 M., geb. in Leinewand 18,— M.

Dieser Band enthält nunmehr das vollständige Krankenversicherungsrecht im engeren Sinne nebst Einleitung, vergleichender Paragraphenzusammenstellung und einem ausführlichen alphabetischen Register. Wir verweisen im übrigen auf die Anzeige der Verlagshandlung auf dem Umschlage dieser Nummer und ferner auf unsere Besprechung beim Erscheinen der dritten Lieferung in Arb-Versorgg. 1912 S. 614. Auch die vierte Lieferung, die den Band abschließt und die Vorschriften über Aufsicht, Aufbringung der Mittel (Beiträge), Kassenverbände, besondere Berufszweige, knappschaftliche Krankenkassen, Schluß- und Strafvorschriften eingehend erläutert, betrachtet diese wichtigen Vorschriften vielfach unter neuen Gesichtspunkten.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt. Vorbehalten bleibt aber der Anspruch auf eine angemessene Vergütung für solche Auskünfte, die eine Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eine eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erfordern, sowie für solche, die ausdrücklich nur schriftlich erbeten werden. Zivilrechtliche Haftung für die erteilten Auskünfte wird nicht übernommen.

Krankenkassenmitgliedschaft der in mehreren Betrieben beschäftigten Personen.

1. Nach Berlin. Antwort: Wenn jemand bei dem einen Arbeitgeber vormittags, bei dem anderen nachmittags tätig ist, so regelt sich, falls die Zugehörigkeit nur zu ein und derselben Ortskrankenkasse begründet ist, die Zahlungspflicht der Arbeitgeber nach § 52 Abs. 2 KVG. Sie haften also als Gesamtschuldner für die Beiträge und diese sind nach dem Gesamtverdienst zu berechnen; sie können voneinander gemäß § 426 BGB. anteilmäßigen Ersatz verlangen. Anders ist die Rechtslage, wenn die Beschäftigungsverhältnisse die Zugehörigkeit zu mehreren Kassen begründen würden. Dann kann allerdings der Arbeiter auch stets nur Mitglied einer Kasse sein; doch ist hier derjenige Arbeitsverdienst zu Grunde zu legen, den der Arbeiter in dem die Kassenmitgliedschaft begründenden Arbeitsverhältnis erhält; es haftet auch nur ein Arbeitgeber, ob die in Frage kommenden Kassen in demselben Orte oder an verschiedenen sich befinden, macht keinen Unterschied. Nach der Reichsversicherungsordnung kann der Versicherte gleichfalls stets nur einer Kasse angehören, aber für die Beiträge haften in allen Fällen, sämtliche Arbeitgeber, und der Verdienst aus den mehreren Arbeitsverhältnissen ist stets zusammenzurechnen. Wir verweisen auch auf die Auskunft in Heft 12 unter Nr. 4.

a) „Besetzung" einer Kassendienststelle im Sinne des § 349 Abs. 1 RVO. b) Die vorläufige Anordnung einer Beitragserhöhung (§ 33 Abs. 4 KVG., § 391 RVO.) wird, unabhängig von einer Veröffentlichung, sofort wirksam.

2. Nach K. Antwort: a) Unter Besetzung einer Stelle im Sinne des § 349 Abs. 1 RVO. ist nur die Auswahl der Person zu verstehen (Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1c zu § 349 RVO. S. 475). Hierfür liegen übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen im Vorstand vor, da nach Ihren Mitteilungen die Wahl des Rendanten einstimmig durch alle Arbeitnehmer und Arbeitgeber erfolgt ist. Daß der eine Arbeitgeber bei der Beschlußfassung nicht zugegen war, ist ohne Belang, um so mehr als er noch nachträglich schriftlich seine Zustimmung erklärt hat. Für die spätere Feststellung der Vertragsbedingungen kommt § 349 Abs. 1 nicht in Betracht. Sie stellt sich nur als Ausführung des in der gebotenen Form gefaßten Beschlusses über die Besetzung der Stelle dar. Hierüber hatte der Vorstand wie über andere Verwaltungsangelegenheiten (§ 35 KVG., vgl. § 342 RVO.) zu beschließen, und der in Anwesenheit von sechs Vorstandsmitgliedern gefaßte Beschluß ist daher gültig.

b) Für die vorläufige Anordnung einer Beitragserhöhung nach § 33 Abs. 4 KVG. (vgl. für die Zukunft: § 391 RVO.) ist weder im Gesetz noch in der preußischen Ausführungsanweisung vom 10. Juli 1892 das Erfordernis einer Veröffentlichung vorgesehen. Die Verfügung der höheren Verwaltungsbehörde ist eine durch Dringlichkeit gebotene vorläufige Maßnahme, die sofort mit der Mitteilung an den Vorstand wirksam wird, wie sich schon daraus ergibt, daß nicht einmal die Beschwerde aufschiebende Wirkung hat (vgl. den letzten Satz des Abs. 4). Dies ist auch aus § 37 der Ausführungsanweisung zu entnehmen. Dort ist das Verfahren für die Fälle des § 33 Abs. 1 bis 3 KVG. vorgeschrieben und unter anderem auch eine Veröffentlichung der Aenderungen vorgesehen; dabei ist aber ausdrücklich hinzugefügt, daß diese Vorschriften gelten unbeschadet der aus § 33 Abs. 4 sich ergebenden Befugnisse des Regierungspräsidenten.

Rechtslage der Angestellten und Beamten bei Schließung einer nicht zugelassenen Ortskrankenkasse.

3. Nach Str. Antwort: Die Ortskrankenkasse hat gegen den Bescheid, durch den ihr Antrag auf Zulassung abgelehnt und die Schließung zum 31. Dezember 1913 angeordnet ist, das Recht der Beschwerde beim Handelsminister nach Art. 21 Einf.Ges. z. RVO. Wird die Kasse geschlossen, so gilt für die Angestellten, die nicht als „Beamte" anzusehen sind, § 302 RVO. in Verbindung mit Art. 32 Einf.Ges. Für die „Beamten" dagegen (vgl. über den Begriff: Arb.-Versorgg. 1912 S. 712 Ziff. 14) kommt § 305 in Betracht, dessen Abs. 2 bestimmt, daß § 290 „entsprechend" gilt. Dies kann im Hinblick auf Abs. 1 des § 305 nicht bedeuten, daß die Kasse, zu welcher die Mitglieder der geschlossenen Kasse übergehen (es könnten ja mehrere solche Kassen in Frage kommen), die Beamten übernehmen muß; vielmehr ergibt sich aus Abs. 1, daß der Gemeindeverband für die Beamten zu sorgen hat, und die entsprechende Anwendung des § 290 bedeutet daher, daß die Beamten eine ihnen vom Gemeindeverband angebotene Stellung nach Maßgabe des § 290 annehmen müssen. Sachgemäß aber wird der Gemeindeverband seiner Pflicht dadurch genügen, daß er für das Unterkommen der Beamten bei der allgemeinen Ortskrankenkasse, ev. bei einer anderen Kasse sorgt.

a) Zuständigkeit für die Rückforderung grundloser Kassenleistungen, b) Plombieren der Zähne als ärztliche Behandlung, c) Verzugszinsen von Beitragsrückständen, d) Buchung der Ausgaben für Kassenverbände.

20. Nach Gr. Antwort: a) Der Anspruch auf Zurückerstattung grundlos gewährten Krankengeldes ist auf demselben Wege zu verfolgen, wie der Anspruch auf Zahlung von Krankengeld; denn auch bei der Rückforderung handelt es sich um einen Streit über den Unterstützungsanspruch im Sinne des § 58 Abs. 1 KVG. Für die Rückforderung von Beiträgen ist dies anerkannt (vgl. namentlich Reichsger.Zivils. 56 S. 348, Arb.-Versorgg. 1904 S. 450), und es ist nicht einzusehen, weshalb für die Rückforderung von Kassenleistungen etwas anderes gelten sollte. Mithin ist zunächst die Aufsichtsbehörde zur Entscheidung zuständig. Wenn diese aber die Entscheidung ablehnt, so ist gegen diesen

Digitized by Google

Bescheid nunmehr der ordentliche Rechtsweg zu beschreiten (vgl. Arb.-Versorgg. 1904 S. 186 zu b, auch 1911 S. 48 Ziff. 7). — Wenn der Rechtsanwalt im Vorprozeß fahrlässig unterließ, die Aufrechnung rechtzeitig geltend zu machen, so haftet er der Kasse für den dadurch entstandenen Schaden.

b) Die Auskunft in 1911 S. 168 Ziff. 9 ist, insoweit sie sich auf Plomben bezieht, nicht korrekt. Das Plombieren der Zähne gehört, wenn es zur Heilung oder Milderung einer Krankheit dient, zur ärztlichen Behandlung und ist folglich von der Kasse im notwendigen Betrage zu bezahlen, ohne Rücksicht auf die Höhe der Kosten, die nur bei den Heilmitteln in Betracht kommt.

c) Ob von Beitragsrückständen überhaupt Verzugszinsen gefordert werden können, ist streitig (Hahn, Handb. der Krankenverf. S. 44). Keinesfalls aber können im Konkursverfahren die seit der Eröffnung des Verfahrens laufenden Zinsen gefordert werden (§ 63 Ziff. 1 Konk.Ordg.).

d) Beiträge der Kasse für einen Kassenverband gehören, soweit sie überhaupt zulässig sind, zu den sächlichen Verwaltungskosten. Die Entschädigung der Vertreter der Kasse für Teilnahme an Verbandsversammlungen ist dagegen den persönlichen Verwaltungskosten zuzurechnen.

Keine „Pflicht" zur Anzeige von Verletzungen der Meldepflicht.

5. Nach Bingen a. Rh. Frage: Ist der Vorstand unter allen Umständen verpflichtet, jede verspätete An- oder Abmeldung zur Bestrafung anzuzeigen oder kann der Vorstand beschließen, davon Abstand zu nehmen, wenn entschuldbare Gründe vorliegen, und bedarf es für jeden besonderen Fall eines Vorstandsbeschlusses hierzu?

Antwort: Weder zur Erstattung der Anzeige noch zur Abstandnahme von einer solchen bedarf es eines förmlichen Vorstandsbeschlusses. Die Verletzung der Meldepflichten ist eine nach § 81 KVG. (vgl. § 530 RVO.) strafbare Handlung, zu deren Verfolgung es eines Antrags im eigentlichen Sinne (§§ 61 ff. Strafgef B.) nicht bedarf. Die Behörde könnte auch auf Anzeige einer beliebigen Person einschreiten (vgl. § 158 StPO.). Eine Pflicht zur Anzeige besteht aber nicht, auch nicht für den Vorstand, und er darf daher von der Anzeige besonders dann absehen, wenn er die Unterlassung für entschuldbar erachtet.

Ueberwachung der Beitragsentrichtung nach § 1465 RVO. — Rechtshilfe.

6. Nach Buer i. W. Antwort: Zu der den Versicherungsanstalten im § 1465 RVO. (vgl. § 161 IVG.) zur Pflicht gemachten Ueberwachung der rechtzeitigen und vollständigen Entrichtung der Beiträge gehört selbstverständlich auch die Prüfung der Versicherungspflicht, die doch die Voraussetzung der Beitragspflicht ist, sowie die Einziehung, Verwendung und Entwertung der Marken. Das ist auch aus dem Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 21. Dezember 1900 (Amtl. Nachr. 1901 S. 182) zu entnehmen, wo auf einige zweckmäßige Maßnahmen für das Kontrollgeschäft hingewiesen ist, darunter Benachrichtigung der Postanstalten von der bevorstehenden Kontrolle zwecks Vorkehrungen gegen einen Mangel an Beitragsmarken. Selbstverständlich aber darf die Verwendung und Entwertung der Marken auf Kosten des Beitragspflichtigen nur mit seiner Zustimmung erfolgen, da der Kontrollbeamte einen Streit hierüber nicht zu entscheiden befugt ist; ergibt sich ein solcher Streit, so hat der Beamte sich auf Feststellung des Sachverhalts und auf Bericht darüber zu beschränken, damit die Versicherungsanstalt die Sache prüfen und nach Befinden die Betreibung anordnen kann (§ 28 RVO.), wogegen dem Beteiligten die Beschreitung des Streitverfahrens nach § 1459 offensteht.

Was wir „unter Rechtshilfe verstehen", können wir Ihnen unmöglich im Rahmen einer Auskunft darlegen. Wir müssen Sie auf einen Kommentar zu § 115 RVO. verweisen, z. B. Hahn S. 93 ff., Hanow S. 233 ff. Keinesfalls bedeutet das Wort „insbesondere" im Abs. 1, daß einem Vollstreckungsersuchen stattgegeben werden müsse, einem anderen Ersuchen dagegen nur stattgegeben werden könne. Die Rechtshilfe ist vielmehr, sofern die Voraussetzungen gegeben sind, schlechthin eine Pflicht, und der Fall der Vollstreckung von Entscheidungen ist nur als ein besonderer Fall ausdrücklich hervorgehoben.

Anzeigepflicht der Krankenkasse bei Unfallerkrankungen.

7. Nach Landsberg a. W. Frage: Nach § 1512 RVO. werden die Krankenkassen bei Betriebsunfällen, bei denen der Verletzte nach Ablauf von drei Wochen noch nicht hergestellt ist, spätestens bis Ablauf der vierten Woche verpflichtet, der zugehörigen Berufsgenossenschaft Mitteilung zu machen. Die „Arb.-Versorgg." Jahrg. 29 bringt S 718 einen recht interessanten Aufsatz zu dieser Frage. Ich bin bisher auch ganz in der dort angeführten Weise verfahren, es wurden die Doppelkarten benutzt, wie solche auf Seite 720 empfohlen werden. Da aber der Aerzte-Verein hier für solche kurzen Antworten 3 Mark liquidierte, die die Genossenschaft zahlen sollte, schreibt sie mir zurück, daß sie auf diese Auskünfte keinen Wert lege. Ich möchte nun fragen, ob durch diesen Bescheid die Verpflichtung, die der § 1512 der Krankenkasse resp. dem geschäftsleitenden Angestellten auferlegt, aufhört. Oder kann man, wenn die Auskünfte unterbleiben, dennoch vom Versicherungsamt bestraft werden? Für die bisherigen Auskünfte lehnt die Berufsgenossenschaft die Bezahlung ab.

Antwort: § 1512 legt der Kasse eine öffentlichrechtliche Pflicht auf, von der sie selbst ein allgemeiner Verzicht der Berufsgenossenschaft nicht befreien kann. Sie hat die Pflicht zu erfüllen, sobald „genügender Anhalt" dafür vorliegt, daß die Erwerbsfähigkeit infolge des Unfalls über die dreizehnte Woche hinaus beschränkt sein wird. Wie sie sich diesen Anhalt beschaffen will, ist Sache ihres pflichtmäßigen Ermessens. Sie kann von der Einholung einer ärztlichen Aeußerung absehen, wenn sie die Bejahung oder die Verneinung jener Frage ohnehin für zweifelsfrei zu halten Grund hat, und sie hat die Anzeige jedenfalls zu erstatten, wenn der Verletzte noch nach drei Wochen nicht hergestellt ist. Hält sie aber, um sich vor Strafe zu schützen, eine Rückfrage beim Arzt für notwendig, so hat sie die Kosten zu tragen. Die Mindestgebühr für eine kurze ärztliche Bescheinigung dieser Art beträgt übrigens nach Ziff. 24 des Tarifs nur 2 Mark.

Anfrage.

Wir bitten unsere Leser, denen praktische Fälle von Vereinbarungen über die Kosten nach § 347 Abs. 4, § 404 Abs. 3, §§ 888, 1465, 1470 RVO. bekannt sind, um gefällige Mitteilung, in welcher Weise solche Vereinbarungen getroffen sind.

Die Redaktion.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **1. Juni 1913.**

Redaktion:	**Nr. 16**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Einiges zur Kritik der Musterfatzungen für Krankenkassen.

Von Amtsgerichtsrat **Hahn** in Zehlendorf bei Berlin.

Die durch Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. März 1913 veröffentlichten Musterfatzungen für Krankenkassen (vgl. Arb.-Versorgg. S. 271) und die ihnen angefügten „Erläuterungen" wollen nur eine Anleitung zur Aufstellung der Satzungen nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung geben. Ihr Inhalt ist, wie in den Vorbemerkungen ausdrücklich hervorgehoben wird, „in keiner Weise verbindlich, weder für diejenigen, welchen die Errichtung oder Aenderung der Kassenfatzungen obliegt, noch für die Behörden, denen die Genehmigung zusteht". Was das bedeutet, wird klar, wenn man sich vergegenwärtigt, was eine Satzung enthalten muß und bestimmen darf:

a) Das Gesetz bezeichnet die Gegenstände, über welche die Satzung Bestimmung treffen **muß** (vgl. besonders §§ 321, 322);

b) es schreibt bezüglich dieser Gegenstände teils **zwingend** den Inhalt der Satzungsbestimmungen vor (so z. B. namentlich den Umfang der Regelleistungen), teils **ermächtigt** es die Satzung ausdrücklich zu freier Regelung schlechthin oder in gewissen Grenzen (z. B. Mehrleistungen, Zuweisung von Verwaltungsangelegenheiten an den Ausschuß, Beitragsbemessung usw.);

c) es **verbietet** Bestimmungen, die gesetzlichen Vorschriften zuwiderlaufen oder nicht im Zwecke der Kasse liegen (§ 323), und erkennt damit an, daß die Satzung an sich auch weitere, im Gesetze nicht ausdrücklich vorgesehene Bestimmungen aufnehmen darf, sofern sie sich dabei nur in den Grenzen der Kassenzwecke und der zwingenden Vorschriften des Gesetzes hält (vgl. Entsch. des preuß. OVG. 47 S. 355, Arb.-Versorgg. 1905 S. 356, Reger 26 S. 81; Komm.Ber. II S. 201 zu § 335 Entw. d. RVO.).

Hiernach hat die betonte Unverbindlichkeit der Musterfatzungen die Bedeutung: daß eine Satzung im ganzen oder eine einzelne Satzungsvorschrift nicht schon deshalb ohne weiteres für vollständig (im Sinne des Punktes a) oder für zulässig (im Sinne der Punkte b und c) zu gelten hat, weil sie möglichst getreu der Musterfatzung nachgebildet ist; und daß anderseits eine Satzungsvorschrift nicht schon deshalb ohne weiteres beanstandet werden kann, weil sie von der Musterfatzung abweicht oder in ihr überhaupt nicht vorgesehen ist. In den „Vorbemerkungen" ist ausdrücklich hervorgehoben, daß, bei der großen Verschiedenheit der Verhältnisse, auf die bei der Errichtung von Kassenfatzungen Rücksicht zu nehmen ist, der Entwurf nicht ohne weiteres für jede Kasse verwendbar, daß vielmehr jede Bestimmung darauf zu prüfen ist, ob sie unverändert in die Satzung für die Kasse auf-

Digitized by Google

genommen werden kann. Es ist hinzuzufügen, daß der Entwurf auch daraufhin anzusehen ist, ob er nicht in Einzelheiten notwendiger oder zweckmäßiger Ergänzungen bedarf, und sogar auch daraufhin, ob die Vorschriften durchweg mit dem Gesetz im Einklang sind.

Dies alles selbstverständlich unbeschadet der hohen Autorität, welche die Mustersatzungen beanspruchen dürfen, nicht nur im Hinblick auf die Stelle, von der sie entworfen, sondern vor allem wegen der Sorgfalt und Vorsicht, womit sie ausgearbeitet sind. Die Sorgfalt tritt darin zutage, daß die einzelnen Bestimmungen ersichtlich nicht nur nach der Seite der Notwendigkeit oder Zulässigkeit, sondern auch in Hinsicht auf die Zweckmäßigkeit, oft unter Berücksichtigung möglicher Verschiedenheiten der Verhältnisse, wohldurchdacht sind; die Vorsicht aber zeigt sich darin, daß die einzelnen Normen, soweit sie sich auf bestimmte gesetzliche Vorschriften gründen, diese überall am Rande nachweisen und sich im allgemeinen (nicht immer) möglichst genau an deren Wortlaut anlehnen. Diejenigen, die mit der Errichtung oder Aenderung von Kassensatzungen befaßt sind, werden gut tun, sich *insoweit* streng an das Beispiel der Mustersatzung zu halten, also getreu den Wortlaut des Gesetzes zu übernehmen, auch da, oder richtiger: *besonders da, wo die Fassung des Gesetzes unklar ist* und Zweifel über den Sinn oder die Tragweite einer Bestimmung aufkommen läßt. Die Satzung darf nicht das Gesetz in maßgebender Weise deklarieren wollen; sie darf und muß die Verantwortung für Unklarheiten des Gesetzes dem Gesetzgeber, die maßgebende Auslegung aber den zur Entscheidung berufenen Instanzen überlassen. Ein Beispiel mag dies erläutern: § 214 RVO. handelt von „Versicherten", die wegen Erwerbslosigkeit ausscheiden. Der Ausdruck umfaßt an sich nicht nur die versicherungspflichtigen, sondern auch die freiwilligen Mitglieder; gleichwohl ist es zweifelhaft, ob die Vorschrift sich auch auf die letzteren mit bezieht. Wäre nun auch eine Kasse fest überzeugt, daß die Bestimmung nur auf Versicherungspflichtige bezogen werden darf, so wäre es doch unangebracht, diese Auslegung *in der Satzung* auszudrücken und das vom Gesetze gebrauchte Wort durch „Versicherungspflichtige" zu ersetzen. Die Satzung wird vielmehr, wie auch die Mustersatzung tut (§ 37 der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen), die Fassung des Gesetzes beibehalten müssen; die Kasse mag dann ihre Ueberzeugung *in der Praxis* zur Geltung bringen und es im Streitfall auf die Entscheidung der Versicherungsbehörden ankommen lassen, bis die Frage durch den Spruch des Reichsversicherungsamts geklärt sein wird. Auch die zur Genehmigung der Satzungen berufenen Oberversicherungsämter werden gut tun, in Fällen dieser Art Abweichungen von der gesetzlichen Fassung nicht passieren zu lassen (§ 324 Abs. 2 RVO.), damit der Anschein vermieden werde, als solle und könne durch die Genehmigung der abweichenden Fassung in maßgebender Weise der instanziellen Entscheidung vorgegriffen werden.

In den folgenden Bemerkungen sollen nur aus der *Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen* einige Punkte — gleichsam *stichprobenweise* — herausgegriffen werden, in denen eine für die Kassen wichtige Möglichkeit satzungsmäßiger Regelung nicht berücksichtigt oder eine bedenkliche oder gar eine vom Gesetz abweichende Fassung gewählt ist, so daß bei der Aufstellung der Satzung eine Ergänzung oder eine Abweichung vom Muster statthaft oder angezeigt oder sogar geboten erscheint.

§ 6 der Mustersatzung handelt von der Versicherungsberechtigung und ist dem § 176 in Verbindung mit § 238 RVO. nachgebildet. Er sieht im Abs. 3 folgende Bestimmung vor: „Nicht beitrittsberechtigt sind Personen, die das ... Jahr vollendet haben." Nach § 176 Abs. 3 RVO. kann aber die Satzung das Recht zum Beitritt *„von einer bestimmten Altersgrenze"* abhängig machen. Die Verhandlungen der Kommission, die diese Vorschrift eingefügt hat (Ber. II S. 42, 45, 46), lassen nicht erkennen, daß man dabei nur an die Grenze nach oben gedacht habe, und sprachlich muß der Zusatz daher nicht nur auf die Ausschließung alter sondern auch jugendlicher Personen bezogen werden. Das ist besonders wichtig wegen der im Abs. 1 unter Ziff. 2 als beitrittsberechtigt bezeichneten „Familienangehörigen des Arbeitgebers, die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt in seinem Betriebe tätig sind". So dringend erwünscht die Einführung umfassender Familien-

Digitized by Google

hilfe für die Angehörigen der Kassenmitglieder ist (§ 205), so ist doch leider damit zu rechnen, daß manche Kassen diese Mehrleistung nicht werden aufbringen und einführen können. So leistungsschwache Kassen können folgerichtig auch genötigt sein, die Möglichkeit übermäßiger Inanspruchnahme durch Familienangehörige der Arbeitgeber möglichst einzuschränken und folglich nicht nur dem Beitritt zu alter, sondern auch dem Beitritt zu jugendlicher Personen vorzubeugen, insbesondere da, wo vielfach Schulkinder im Betriebe der Eltern mit tätig sind. Die angeführte Vorschrift der Mustersatzung kann in solchen oder ähnlichen Verhältnissen durch folgende Fassung ersetzt werden: „Nicht beitrittsberechtigt ist, wer bereits das . . . oder noch nicht das . . . Lebensjahr vollendet hat." Nach dem Gesetze bedarf die Festsetzung der Altersgrenze der Zustimmung des Oberversicherungsamts. Dieses würde darauf zu achten haben, daß eine solche Beschränkung des Beitrittsrechts nicht ohne Not, aus engherzigen Erwägungen heraus, eingeführt wird.

Zu § 8. Die Fassung dieser Vorschrift ist, soweit sie sich auf die Ausübung des Beitrittsrechts bezieht, in mehreren Punkten zu bemängeln. Das Gesetz bestimmt im § 310, daß die Mitgliedschaft „Versicherungsberechtigter" mit dem Tage ihres Beitritts zur Kasse beginnt. In der Mustersatzung ist statt dessen von der Mitgliedschaft „freiwillig Beitretender" die Rede — offenbar weil der Ausdruck „Versicherungsberechtigte" einen hier nicht zutreffenden weiteren Sinn hat und an anderer Stelle die freiwillig Weiterversicherten mit umfaßt (§ 314). Damit ist der Entwurf in den oben erörterten Fehler verfallen, das Gesetz korrigieren oder deklarieren zu wollen. Das ist aber auch in diesem Falle nicht sachgemäß, einmal weil eine mißverständliche Beziehung der Vorschrift auf Weiterversicherte nach ihrem Inhalte ganz ausgeschlossen ist, ferner aber, weil es doch nicht zutrifft, daß die Mitgliedschaft „freiwillig Beitretender" mit dem Beitritte beginnt, wenn die Beitretenden nicht, wie das Gesetz sagt, „versicherungsberechtigt" sind (abgesehen von § 213 RVO., § 9 Musterf.). Also lasse man auch hier die gesetzliche Fassung stehen.

Zu § 8 Abs. 4. Der Beitritt geschieht durch schriftliche oder mündliche Anmeldung (§ 310 Abs. 1 RVO.). Ueber den Inhalt der Anmeldung schreibt das Gesetz nichts vor. Erfolgt sie mündlich, so wird man der Regel nach dem Beitretenden alles Erforderliche abfragen können. Vermutlich deshalb sieht der Entwurf nur für die schriftliche Anmeldung Näheres vor (§ 8 Abs. 4):

> „Die schriftliche Anmeldung soll enthalten: den Vor- und Zunamen des Anzumeldenden (seine Beschäftigung), (Tag der Geburt), seine derzeitige Wohnung (ferner seinen täglichen Arbeitsverdienst), (sowie Angaben darüber, ob er verheiratet ist und bei welcher Kasse und während welcher Zeit er zuletzt anderweit gegen Krankheit versichert gewesen ist)."

Die Klammern bedeuten, daß die eingeschlossenen Worte nicht zum notwendigen Inhalt der Satzungsbestimmung gehören und daß unter den mehreren eingeklammerten Fassungen, unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse der Kasse, zu wählen ist. (Vorbem. Ziff. 5). Es fragt sich: kann die Satzung in dieser Weise das Gesetz ergänzen und kann eine den Anforderungen der Satzung nicht genügende Anmeldung als unwirksam zurückgewiesen werden? Sicher wird man unter einer „schriftlichen" Anmeldung nach dem Zweck und Sinn der Vorschrift hier nicht, wie im Gebiete des bürgerlichen Rechts (§ 126 BGB.), eine unterschriebene oder unterzeichnete, sondern nur eine geschriebene zu verstehen haben; aber ebenso sicher liegt eine Anmeldung — eine schriftliche wie eine mündliche — überhaupt nur vor, wenn der Beitretende mit hinreichender Deutlichkeit bezeichnet ist, und dazu ist die Angabe des vollen Namens und der Regel nach auch der Wohnung unerläßlich. Wer sich etwa bei der mündlichen Anmeldung darauf versteifen wollte, nicht mehr von sich auszusagen, als daß er „Müller" heiße, dessen Beitrittserklärung wäre ebenso wenig zu beachten, wie ein bei der Kasse eingehendes Schriftstück etwa folgenden Inhalts: „Berlin, Gollnowstraße 17. Ich trete der Kasse freiwillig bei. X (unleserliche Unterschrift)." Es können aber auch weitere in der Satzung vorgesehene Angaben für die Kasse unentbehrlich sein, vor allem um die Versicherungsberechtigung des Beitretenden prüfen und feststellen zu können, dann aber auch wegen seiner Zuteilung zu einer bestimmten Mitgliederklasse oder Lohnstufe (vgl.

Digitized by Google

bezüglich der Verſicherungspflichtigen § 12 Abſ. 2 der Muſterſatzung nebſt Erläuterung hierzu). Jede Meldung, welche die Kaſſe nicht zu ſolchen Feſtſtellungen inſtand ſetzt, muß von der Kaſſe als ungenügend zurückgewieſen werden dürfen, wenn die Kaſſenſatzung die fehlenden Angaben ausdrücklich fordert. Das folgt aus der Befugnis der Kaſſe zur autonomen Regelung ihrer Verhältniſſe in den Grenzen der Kaſſenzwecke und der zwingenden Geſetzesvorſchriften (ſiehe hier im Eingang unter c). Deshalb erſcheint es nicht richtig, daß § 8 Abſ. 4 der Muſterſatzungen nur als „Sollvorſchrift" gefaßt und auf die ſchriftliche Anmeldung beſchränkt iſt. Nicht ſachgemäß iſt ferner der Ausdruck „des Anzumeldenden", der doch nur zutrifft, wenn es ſich um eine Perſon handelt, die angemeldet werden muß (§ 12). Es wird ſich hiernach empfehlen, die Vorſchrift etwa ſo zu faſſen: „Bei der Anmeldung iſt anzugeben: der Vor- und Zuname des Beitretenden . . . uſw."

Im **§ 11 Abſ. 3** müſſen ſtatt § 10 Abſ. 3 und 4 die vom Erlöſchen der Mitgliedſchaft Verſicherungsberechtigten handelnden Abſätze 4 und 5 des § 10 angeführt werden. Es handelt ſich hier um eine offenbare Unrichtigkeit, die aber leicht überſehen wird (wie es z. B. auch in dem vom Hauptverbande deutſcher Ortskrankenkaſſen aufgeſtellten Entwurf geſchehen iſt).

§ 12 Abſ. 1 iſt ſo gefaßt, als ob der Arbeitgeber die Wahl hätte, ſeine Verſicherungspflichtigen bei der Geſchäftsſtelle der Kaſſe „oder" bei den vom Verſicherungsamt errichteten Meldeſtellen an- und abzumelden; und die Anm. zu § 12 Abſ. 1 verweiſt auch in der Tat auf § 8 Abſ. 2, wonach die Anmeldung des freiwilligen Beitritts außer bei dem Vorſtand auch bei der Meldeſtelle erfolgen kann (§ 310 RVO.). Ein ſolches Wahlrecht beſteht aber nicht für die Pflichtmeldungen. Hat das Verſicherungsamt eine gemeinſame Meldeſtelle nach § 319 RVO. errichtet, ſo gehen auf dieſe allein alle die Meldung Verſicherungspflichtiger betreffenden Geſchäfte über; alle nicht bei ihr erſtatteten Meldungen ſind ungültig (Hahn, Handb. der Krankenverſ., S. 437, Anm. 1 zu § 319; Hoffmann, Anm. 5 zu § 319 RVO.). Die Vorſchrift wird daher, ſolange über die Errichtung einer ſolchen Meldeſtelle noch nichts feſtſteht, zweckmäßig etwa ſo zu faſſen ſein: „Die Arbeitgeber haben jeden von ihnen Beſchäftigten . . ., wenn das Verſicherungsamt eine gemeinſame Meldeſtelle errichtet, bei dieſer, ſonſt bei (dem Kaſſenvorſtande) (der Geſchäftsſtelle der Kaſſe) . . . zu melden."

Zu § 12 Abſ. 2, 3, 4. In Abſ. 2 und 3 werden die näheren Angaben bei der An- und Abmeldung auch hier wieder, wie bei § 8, durch eine Sollvorſchrift gefordert. Aus den dort angegebenen Gründen rechtfertigt ſich aber eine Mußvorſchrift, wie ſie ja auch bisher im Muſterſtatut für Ortskrankenkaſſen (§ 10) enthalten war. Daß der neue Entwurf hiervon abweicht, iſt umſo auffallender, als er im Abſ. 4 die Benutzung der vom Kaſſenvorſtande vorgeſchriebenen Vordrucke in zwingender Form gebietet („ſind zu benutzen"), während gerade in dieſer Hinſicht eher Bedenken gegen die bindende Kraft einer ſolchen Satzungsvorſchrift aufkommen können; vgl. die Entſch. des bad. VGH. vom 17. November 1900 (Arb.-Verſorgg. 1901 S. 367, Reger Erg. Bd. 2 S. 222). Denn ſo wünſchenswert für die Kaſſe die Erſtattung der Meldungen in einer beſtimmten Form, durch Benutzung einheitlicher Formulare, auch ſein mag, ſo hat doch die Form nicht, wie die Vorſchriften über den notwendigen Inhalt, einen unmittelbaren Bezug auf den geſetzlichen Zweck der Meldungen. Demgemäß erachtet die erwähnte Entſcheidung auch eine mangelhafte Meldung für genügend, „ſofern nur das Weſentliche der Sache aus ihr entnommen werden kann". Die in Frage ſtehenden Angaben bei der Anmeldung (Abſ. 2) ſind aber aus den bei § 8 erwähnten Gründen weſentlich oder können es doch nach den beſonderen Verhältniſſen der Kaſſe ſein. Die Angabe, ob der Verſicherte verheiratet iſt, iſt wichtig wegen der Vorſchriften über Krankenhauspflege, Hausgeld und, wenn die Kaſſe Familienhilfe gewährt, auch wegen dieſer (§§ 184, 186, 205, 216 Abſ. 2 RVO.), die Angabe über bisherige Krankenverſicherung, beſonders wegen § 214 RVO. Vor allem aber ſind die durch die Satzung geforderten Angaben zur Berechnung der Beiträge (Feſtſtellung der Klaſſe oder Lohnſtufe) unter allen Umſtänden weſentlich, und § 318 RVO. ſchreibt ſie zwingend vor. Bei der Abmeldung (Abſ. 3) ſind alle im Satzungsentwurf vorgeſehenen Angaben durchaus notwendig. Nach alledem

Digitized by Google

ist die Abmilderung des früheren „muß" in das schwächere „soll" nicht gerechtfertigt. Man wird aus der strengeren Fassung nicht schließen dürfen, daß jeder Mangel in den geforderten Angaben die Meldung schlechthin ungültig macht und die Strafe der völligen Unterlassung nach sich zieht (§ 530 Abs. 1 RVO.; § 12 Abs. 6 der Mustersatzung); wohl aber könnte die mildere („instruktionelle") Fassung des Entwurfs die irrige Meinung aufkommen lassen, als handle es sich um Anforderungen, deren Nichterfüllung Rechtsnachteile (§ 530 Abs. 2, § 531 RVO., § 12 Abs. 7, 8 der Mustersatzung) überhaupt nicht nach sich ziehen könne. Es empfiehlt sich also auch hier zu sagen: „In der Anmeldung (Abmeldung) ist anzugeben . . ."

Zu § 19A Abs. 4 und § 19C Abs. 2. Es handelt sich um die Bemessung der Kassenleistungen (und der Beiträge) nach dem Grundlohn. Als solcher gilt nach § 19A der nach der verschiedenen Lohnhöhe stufenweise festgesetzte durchschnittliche Tagesentgelt, nach § 19C der wirkliche Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten, in beiden Fällen bis höchstens 6 M. für den Arbeitstag (§ 180 Abs. 2 und Abs. 4 RVO., entsprechend dem § 20 Abs. 2 und dem § 26a Abs. 2 Ziff. 6 KVG.). Das bisherige Musterstatut für Ortskrankenkassen bestimmte im § 13 Abs. 2, daß für Mitglieder, deren Löhnung nach Akkordsätzen oder in wechselnder Höhe erfolgt, der Durchschnittsverdienst der . . . letzten der Erkrankung vorausgegangenen Beitragsperioden oder, wenn das Mitglied noch nicht so lange der Kasse angehörte, der Durchschnittsverdienst eines in gleichartiger Beschäftigung stehenden Mitgliedes zugrunde gelegt wird. Eine solche Sonderbestimmung hat der neue Satzungsentwurf nicht aufgenommen, sondern er hat sie verallgemeinert durch folgende Vorschrift:

> „Der Arbeitsverdienst jedes Kassenmitgliedes wird nach dem Durchschnitt berechnet, den es in den . . . letzten Wochen (Monaten) oder, wenn es noch nicht so lange der Kasse angehörte, den ein gleichartig beschäftigtes Mitglied während dieser Zeit bezogen hat."

Diese Verallgemeinerung ist mit dem Gesetz unvereinbar. Von einem „durchschnittlichen" Tagesentgelt spricht das Gesetz im § 180 Abs. 2 wie im Abs. 1, nur im Gegensatz zum Abs. 4, wonach als Grundlohn der wirkliche Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten bestimmt werden kann; nach Abs. 2 heißt der Tagesentgelt „durchschnittlich," weil er für eine ganze Gruppe von Versicherten mit verschiedenen Löhnen innerhalb einer Stufe einheitlich festgesetzt wird und daher dem wirklichen Arbeitsverdienst des einzelnen nur mehr oder minder nahe kommt. Für die Zugehörigkeit zu der einzelnen Gruppe — Lohnstufe — aber kann nur der tatsächliche Arbeitsverdienst des einzelnen Versicherten für den Arbeitstag maßgebend sein. Bei Versicherten, deren Löhnung nach Akkordsätzen oder sonst in wechselnder Höhe erfolgt, bleibt freilich nichts anderes übrig, als ihren Tagesverdienst im Wege einer billigen Durchschnittsberechnung zu ermitteln, welche die Satzung näher regeln kann. Wenn aber der Verdienst für den einzelnen Tag feststeht, so ist er für die Bestimmung der Lohnstufe, in die der Versicherte gehört, oder als wirklicher Arbeitsverdienst, wenn dieser den Grundlohn bildet, absolut maßgebend, so daß für eine Durchschnittsberechnung kein Raum ist (vgl. Entsch. des württ. VGH. vom 15. November 1905, Reger 27 S. 87). Dem steht selbstverständlich der Fall gleich, daß der Lohn für einen größeren Zeitabschnitt (Woche, Monat, Jahr) bestimmt ist, so daß der Tagesverdienst durch einfache Teilung mit der feststehenden Zahl der Arbeitstage ermittelt wird, also gleichfalls feststeht (vgl. Entsch. des bayr. VGH. vom 6. November 1911, Arb.-Versorgg. 29 S. 491).

Hiernach ist zu empfehlen, daß in diesem Punkte das alte Musterstatut — mit einer noch zu erwähnenden Korrektur — zur Richtschnur genommen und eine Bestimmung nur für die Akkordarbeiter usw. getroffen wird. Der Satzungsentwurf des Hauptverbandes deutscher Krankenkassen tut dies auch (in dem „gemeinschaftlichen Zusatz" zu § 19A, B, C des amtl. Entw., wobei zu bemerken ist, daß der Zusatz nur zu A und C paßt); aber er nimmt außerdem noch die allgemeinere, also auch schon den Fall der Akkordarbeiter usw. deckende, mit dem Gesetze nicht vereinbare Norm der amtlichen Mustersatzung auf (§ 19 Abs. 4). Geht eine solche Bestimmung wirklich in die Kassensatzungen über, so wage ich vorher-

Digitized by Google

zuſagen, daß ſie eine Quelle vielfacher Streitigkeiten ſein wird. Wenn übrigens der Verdienſt nach dem Durchſchnitt der . . . letzten Wochen oder Monate berechnet werden ſoll, ſo iſt zu erwägen, von welchem Zeitpunkte dieſe Wochen oder Monate zurückgerechnet werden ſollen. Im alten Muſterſtatut heißt es: von der Erkrankung. Aber der Durchſchnittsverdienſt ſoll doch nicht nur für die Kaſſenleiſtungen, ſondern auch für die Berechnung der Beiträge maßgebend ſein, und damit kann man nicht warten, bis der Verſicherte einmal erkrankt. Nach dem neuen Entwurf (§ 19 A Abſ. 3 mit Abſ. 4) iſt anzunehmen, daß die der Anmeldung vorhergehenden Wochen oder Monate gemeint ſind, ſo daß die Zuteilung zu einer beſtimmten Lohnſtufe ſofort erfolgen kann; bei Aenderungen der Lohnabreden wäre dann gleichfalls alsbald bei ihrer Anmeldung nachzuprüfen, ob die Lohnſtufe ſich ändert (§ 318 Abſ. 3 RVO.; § 19 A Abſ. 5 der Muſterſatzung). Inſoweit iſt wiederum die neue Norm korrekter; aber ſie muß auf Verſicherte mit ſchwankenden Lohnbezügen beſchränkt bleiben!

Zu § 20 Abſ. 2. Die Satzung kann nach § 191 Abſ. 2 RVO. die Wartezeit für das Krankengeld beſeitigen oder abkürzen bei Krankheiten, die länger als eine Woche dauern, bei tötlichen und bei Unfallerkrankungen, ſowie mit Zuſtimmung des Oberverſicherungsamts auch „bei anderen Krankheiten", d. h. ſowohl bei einzelnen beſtimmt zu bezeichnenden als auch bei allen anderen Krankheiten — wie bisher nach § 21 Abſ. 1 Ziff. 1 a KVG. Die Anwendung des § 191 Abſ. 2 RVO. auf alle Krankheiten, die mit Arbeitsunfähigkeit verbunden ſind, iſt in der Muſterſatzung nicht vorgeſehen, kann aber von den Krankenkaſſen gleichwohl erwogen und beſtimmt werden, wenn das Oberverſicherungsamt zuſtimmt.

Zu § 27. Nach § 192 RVO. kann die Satzung den Mitgliedern in gewiſſen Fällen das Krankengeld ganz oder teilweiſe verſagen. Das Krankengeld iſt aber immer als ein beſtimmter Bruchteil des Grundlohns zu bemeſſen (§§ 180, 182, 191). Dieſer Grundſatz iſt auch zur Geltung zu bringen, wenn das Krankengeld „teilweiſe" verſagt wird, d. h. es kann auf einen geringeren, für alle Mitglieder gleichen Bruchteil des für die einzelnen Mitglieder verſchiedenen Grundlohns, nicht aber auf einen feſten, für alle Mitglieder gleichen Betrag feſtgeſetzt werden, da dies eine ungleiche Bemeſſung nach dem Grundlohn bedeuten würde. Dies hat ſchon das alte Muſterſtatut (§ 17) verkannt, und der neue Entwurf ſieht dieſelbe unzuläſſige Faſſung wahlweiſe neben der richtigen, bruchteilmäßigen Kürzung vor. Auch der Verbandsentwurf übernimmt den Irrtum.

Zu § 57. Die Satzung kann nach § 403 RVO. beſtimmen, unter welchen Vorausſetzungen der Vorſtand von den Arbeitgebern Vorſchüſſe einfordern „ſoll". Die Muſterſatzung weicht hier in auffälliger und nicht zu rechtfertigender Weiſe vom Geſetz ab, indem ſie vorſieht, daß der Vorſtand in gewiſſen Fällen Vorſchüſſe einfordern „kann". Dieſe Abſchwächung läßt die Auffaſſung zu, als ſei der Vorſtand in den bezeichneten Fällen zwar befugt, aber niemals verpflichtet, Vorſchüſſe zu fordern; und einer ſolchen Auffaſſung ſollte nicht Vorſchub geleiſtet werden. Dem Geſetze gemäß als Sollvorſchrift gefaßt, würde die Satzungsbeſtimmung den Vorſtand nicht zwingen, immer, wenn die Vorausſetzungen vorliegen, von der Vorſchrift Gebrauch zu machen, aber ſie würde ihn verpflichten, in jedem Falle zur Vermeidung eigener Haftung (§ 23 RVO.) unparteiiſch und gewiſſenhaft zu prüfen, ob nicht zur Sicherung der Kaſſe die Einziehung des Vorſchuſſes geboten iſt (vgl. Handb. der Krankenverſ. Anm. 4 zu § 403). Dieſer Sinn wird durch eine dem Entwurf entſprechende Faſſung mindeſtens verdunkelt, wenn nicht in Frage geſtellt.

Zu §§ 64, 69, 70, 79. Im § 64 Abſ. 3 verweiſt der Entwurf bezüglich der Zuſammenſetzung und Wahl des Vorſtandes auf die Vorſchriften des § 79 Abſ. 2, 4 bis 10, betreffend den Ausſchuß; Abſ. 9 beſtimmt, daß die Erſatzmänner beim Ausſcheiden oder bei Amtsenthebung eines Vertreters für den Reſt der Wahlzeit, ſowie „wenn nötig als Stellvertreter im Behinderungsfall" eintreten. Das ſcheint mir näherer Beſtimmung zu bedürfen. Es darf nicht etwa eine Handhabe geboten werden, die vorübergehende Behinderung eines Vorſtandsmitgliedes zu benutzen, um einen Beſchluß durchzudrücken, der ſonſt vorausſichtlich nicht zuſtande kommen würde. Deshalb wird ſich folgende Faſſung empfehlen: „Die Erſatzmänner treten . . . für den Reſt

Digitized by Google

der Wahlzeit, sowie, wenn dies zur Herstellung der Beschlußfähigkeit nötig ist und die Beschlußfassung nicht aufgeschoben werden kann, als Stellvertreter im Behinderungsfall ein. Ob diese Voraussetzungen gegeben sind, entscheidet der Vorsitzende." Für den Ausschuß erscheint die Heranziehung von Stellvertretern bei bloßer Behinderung eines Mitgliedes überhaupt entbehrlich, weil hier eine die Beschlußfähigkeit beschränkende Vorschrift kaum sachgemäß sein wird (vgl. § 80 Abs. 6). Deshalb und weil es überhaupt sachgemäßer ist, bei späteren Vorschriften auf frühere zu verweisen, statt umgekehrt, empfiehlt es sich, die Absätze 2, 4 bis 10 des § 79 in den § 64 herüberzunehmen und im § 79 auf diese Vorschriften zu verweisen mit der Maßgabe, daß bei bloßer Behinderung von Vertretern im Ausschuß die Heranziehung von Ersatzmännern nicht stattfindet.

Zu § 69 Abs. 1 empfiehlt sich folgender Zusatz: „Bei getrennter Abstimmung faßt jede Gruppe ihren Beschluß mit Stimmenmehrheit." Daß die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag bei Stimmengleichheit gibt, paßt in diesen Fällen nicht.

Der § 70 Abs. 4 handelt von der schriftlichen Abstimmung. Auf diesen Fall passen die Vorschriften des § 69 über die Beschlußfassung in Sitzungen nicht durchweg. Sachgemäß kann § 70 Abs. 4 etwa folgenden Zusatz erhalten: „Der Vorsitzende fordert alle Mitglieder zur Aeußerung auf. Ein Beschluß erfordert die Stimmenmehrheit aller Mitglieder, soweit sie nicht nach § 69 Abs. 2 sich der Teilnahme an der Abstimmung zu enthalten haben. Im übrigen gilt § 69 entsprechend."

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungsvertreter bei den Versicherungsämtern.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** (an die Regierungspräsidenten u. den Oberpräsidenten in Potsdam).

Vom 26. April 1913 (HMBl. S. 330 ff.).

Auf Grund der §§ 45, 110 RVO. übertrage ich Ihnen den Erlaß der Wahlordnung für die Wahl der Versicherungsvertreter bei den Versicherungsämtern in Ihrem Verwaltungsbezirk (bei dem Herrn Oberpräsidenten in Potsdam: bei dem Versicherungsamt der Stadt Berlin).

Zur Herbeiführung eines gleichmäßigen Verfahrens ist der Entwurf einer Musterordnung beigefügt, der bei Erlaß der einzelnen Wahlordnungen zugrunde zu legen ist; Abweichungen sind ohne meine Zustimmung nicht zulässig. Es dürfen jedoch die in eckigen Klammern aufgeführten Zahlen geändert und die sonstigen in eckigen Klammern stehenden Bestimmungen je nach den örtlichen Verhältnissen aufgenommen oder weggelassen werden.

Im einzelnen bemerke ich, und zwar soweit es sich um die bei den Wahlen entstehenden Kosten handelt, im Einvernehmen mit dem Herrn Finanzminister:

1. Die Wahldauer der jetzigen Vertreter bei den unteren Verwaltungsbehörden, die nach Art. 8 Einf.Ges. z. RVO. als Versicherungsvertreter von den Versicherungsämtern zuzuziehen sind, läuft zwar bis zum 31. Dezember 1914, immerhin muß die Neuwahl vor dem 1. Januar 1914 vorgenommen werden, weil die Amtsdauer der Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten, die von den Versicherungsvertretern bei den Versicherungsämtern zu wählen sind (§ 1351 RVO.), nach der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 25. November 1911 (ZBl. S. 725) nur bis zum 31. Dezember 1913 dauert. Ich bestimme daher, daß die Wahlen spätestens in der zweiten Hälfte des Monats November, für die Folge in dem Novembermonat, der dem Ablaufe der vierjährigen Wahlperiode vorangeht, vorzunehmen sind. Um auch den der Krankenversicherungspflicht neu unterstellten Personen die Beteiligung an der Wahl zu sichern, sind die Wahlen zum Vorstande der Krankenkassen nach der Verhältniswahl, soweit es sich nicht um zugelassene besondere Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen handelt, spätestens in der ersten Hälfte des Monats November zu bewirken. Die Wahlzeit der Mitglieder der Organe der Krankenkassen und der Versicherungsvertreter bei den unteren Verwaltungsbehörden würde danach übereinstimmend vom 1. Januar 1914 laufen.

2. Die Wahlordnungen sind unverzüglich unter Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse für jedes

Digitized by Google

Versicherungsamt besonders zu erlassen. Den Krankenkassen ist für jedes Vorstandsmitglied je ein Exemplar der Wahlordnung zur Verfügung zu stellen. Die Firma Carl Heymanns Verlag, Berlin, läßt den Satz für den Entwurf der Wahlordnung stehen und ist bereit, unter Berücksichtigung der vorgenommenen Aenderungen die gewünschte Zahl von Wahlordnungen zu billigem Preise zu liefern. Im Interesse der Kostenersparnis wird von diesem Anerbieten Gebrauch zu machen sein.

3. Von einer Erhöhung der gesetzlichen Mindestzahl der Versicherungsvertreter (Nr. 3 der Wahlordnung) ist zunächst nach Möglichkeit abzusehen.

4. In Nr. 7 der Wahlordnung können an Stelle von Abs. 3 Satz 2 Vorschriften über die zu berücksichtigenden Erwerbszweige und Bezirksteile aufgenommen werden.

5. Die in Nr. 11a der Wahlordnung vorgesehene Verbindung von Vorschlagslisten ist zunächst nur zuzulassen, wenn ein besonderes örtliches Bedürfnis vorliegt.

6. Die Stimmabgabe bei dem Gemeindevorstande (Nr. 16 Abs. 2 der Wahlordnung) kann zu Schwierigkeiten und Wahleinsprüchen Veranlassung geben. Sie ist daher tunlichst fortzulassen, jedenfalls aber nur in örtlich ausgedehnten Landkreisen vorzusehen, in denen die Stimmabgabe bei dem Versicherungsamte selbst dann noch mit unverhältnismäßigen Schwierigkeiten für die Wahlberechtigten verbunden sein würde, wenn bei der Festsetzung des Wahltags auf die Gewohnheiten der ländlichen Bevölkerung Rücksicht genommen wird. Wird die Stimmabgabe beim Gemeindevorstande zugelassen, so sind die Gemeindevorstände über ihre Rechte und Pflichten sorgfältig aufzuklären.

7. Die Vorschriften in Nr. 26 Abs. 2 der Wahlordnung über das Einrücken der Stellvertreter entsprechen dem Grundsatze der Verhältniswahl, daß im Laufe der Wahlzeit das Verhältnis, in dem die einzelnen Parteien an den Sitzen der Versicherungsvertreter beteiligt sind, möglichst unverändert bleiben soll. Bei vorübergehender Verhinderung einzelner Versicherungsvertreter an der Teilnahme an einzelnen Sitzungen oder sonstigen Amtshandlungen sind ihre etwa notwendigen Stellvertreter nicht nach Nr. 26 Abs. 2 der Wahlordnung, sondern nach § 6 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1107) aus der Zahl der übrigen gewählten oder nachgerückten Versicherungsvertreter zu berufen.

8. Die Wähler haben keinen Anspruch auf Entschädigung für bare Auslagen, Zeitversäumnis usw. gegen den Staat oder bei gemeindlichen Versicherungsämtern gegen die Gemeinde. Da die Vornahme der Wahl eine gesetzliche Obliegenheit der Vorstandsmitglieder der Krankenkassen ist, so gehören die von den Vorstandsmitgliedern etwa geforderten Vergütungen zu den Verwaltungskosten der Krankenkassen.

Die Beisitzer im Wahlvorstande (Nr. 21 der Wahlordnung) haben zwar keinen gesetzlichen Anspruch auf Entschädigung, es sind ihnen aber bis auf weiteres, soweit es sich um Wahlen bei staatlichen Versicherungsämtern handelt, aus Billigkeitsgründen die Bezüge der Versicherungsvertreter (§ 54 RVO.) zu gewähren. Es ist darauf hinzuwirken, daß auch die gemeindlichen Versicherungsämter Entschädigungen nach gleichen Grundsätzen geben.

Die sächlichen Kosten der Wahl trägt der Staat und bei gemeindlichen Versicherungsämtern die Gemeinde.

Entwurf einer Wahlordnung

für die Wahl der Versicherungsvertreter als Beisitzer des Versicherungsamts . . . (§§ 40ff. RVO.)[1]).

I. Wahlleiter und Wahlberechtigte.

1. Der Vorsitzende des Versicherungsamts oder sein ständiger Stellvertreter leitet die Wahl (Wahlleiter).

2. Wahlberechtigt sind die Vorstandsmitglieder der Krankenkassen[2]), die im Bezirke des Versicherungsamts mindestens 50 Mitglieder haben. An der Wahl nehmen ferner teil die Vorstandsmitglieder der

1. knappschaftlichen Krankenkassen,
2. Ersatzkassen,
3. Seemannskassen und anderen obrigkeitlich genehmigten Vereinigungen von Seeleuten zur Wahrung ihrer Rechte,

sofern sie im Bezirke des Versicherungsamts mindestens 50 Mitglieder haben, die Ersatzkassen und die außerhalb des Bezirks des Versicherungsamts seßhaften Kassen außerdem nur, wenn sie ihre Beteiligung an der Wahl dem Wahlleiter rechtzeitig anmelden und die Zahl ihrer Mitglieder in diesem Bezirke nachweisen.

Maßgebend ist die Zahl der Mitglieder, deren Beschäftigungsort (§§ 153—156) sich zur Zeit des letzten Zahltags (§ 393) vor der Feststellung im Bezirke des Versicherungsamts befindet. Bei Mitgliedern von Ersatzkassen, bei unständig Beschäftigten (§ 442) und solchen Mitgliedern, die Kassen auf Grund der §§ 176 und 313 angehören und einen Beschäftigungsort nicht haben, tritt an Stelle des Beschäftigungsorts der Wohnort. Bei Hausgewerbetreibenden ist der Ort ihrer eigenen Betriebsstätte (§ 466), bei den im Wandergewerbebetriebe Beschäftigten der Ort maßgebend, bei dessen Ortspolizeibehörde der Wandergewerbschein beantragt worden ist (§ 459).

An Stelle der Vertreter der Versicherten im Vorstande wählen

bei den knappschaftlichen Krankenkassen die für den Bezirk des Versicherungsamts zuständigen Knappschaftsältesten,

bei den Ersatzkassen, die örtliche Verwaltungsstellen haben, die Geschäftsleiter der für den Bezirk des Versicherungsamts zuständigen örtlichen Verwaltungsstellen.

---

[1]) Alle in der Wahlordnung aufgeführten Paragraphen beziehen sich, soweit nicht ein anderes angegeben ist, auf die Reichsversicherungsordnung.

[2]) Krankenkassen sind, soweit nicht ein anderes angegeben ist, die Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen (§ 225).

Digitized by Google

II. Vorbereitung der Wahl, Vorschlagslisten.

3. Der Wahlleiter hat dafür zu sorgen, daß eine etwa notwendige Erhöhung der Zahl der Versicherungsvertreter vorgenommen wird (§ 41 Abs. 1). Es sind nur gerade Zahlen festzusetzen.

4. Mindestens [9] Wochen vor der Wahl setzt der Wahlleiter die Stimmenzahl der Kassen fest.

Die hierzu erforderlichen Ermittlungen werden für die Krankenkassen, die im Bezirke des Versicherungsamts ihren Sitz haben, von Amts wegen vorgenommen. Die Ersatzkassen und Kassen, die außerhalb des Bezirks des Versicherungsamts ihren Sitz haben, fordert der Wahlleiter rechtzeitig durch Veröffentlichung in den für die amtlichen Bekanntmachungen des Versicherungsamts bestimmten Blättern auf, ihre Beteiligung an der Wahl anzumelden und die Zahl ihrer nach Nr. 2 anrechnungsfähigen Mitglieder nachzuweisen.

Jede Kasse erhält für jedes anrechnungsfähige Mitglied eine Stimme.

5. Der Wahlleiter verteilt die für jede Kasse festgesetzte Stimmenzahl auf die Vorstandsmitglieder und die an ihrer Stelle nach § 42 Abs. 3 Wahlberechtigten. Bruchzahlen werden nicht berücksichtigt.

6. Spätestens [6] Wochen vor dem Wahltage teilt der Wahlleiter nach dem anliegenden Muster den Wahlberechtigten die auf sie entfallende Stimmenzahl sowie Ort, Tag und Stunde der Wahl mit der Aufforderung mit, ihm bis zu einem bestimmten Termine Vorschlagslisten einzureichen. Der Wahlleiter ist berechtigt, nachträglich Ort und Stunde der Wahl abzuändern. Die Aenderung ist den Wahlberechtigten spätestens (3) Tage vor dem Wahltage mitzuteilen.

7. Die Vorschlagslisten sind für die Arbeitgeber und die Versicherten getrennt aufzustellen. Jede Vorschlagsliste hat dreimal soviel Namen zu enthalten, als Versicherungsvertreter zu wählen sind.

Die vorzuschlagenden Personen sollen mindestens je zur Hälfte an der Unfallversicherung beteiligt sein (§ 48) und in der Reihenfolge aufgeführt werden, daß mindestens jeder an ungerader Stelle Vorgeschlagene an der Unfallversicherung beteiligt ist.

Sie sollen ferner mindestens je zu einem Drittel am Sitze des Versicherungsamts selbst oder nicht über 10 km entfernt wohnen oder beschäftigt sein. Auch sollen die hauptsächlichsten Erwerbszweige und die verschiedenen Teile des Bezirks berücksichtigt werden (§ 49).

[Mindestens [[ein Drittel]] soll in der Landwirtschaft beschäftigt sein.]

Die Vorgeschlagenen sind nach Vor- und Zunamen, Stand oder Beruf und Wohnort, bei Versicherten auch unter Angabe des Arbeitgebers, zu bezeichnen und in erkennbarer Reihenfolge aufzuführen.

Die Vorschlagslisten müssen von mindestens [5] Wahlberechtigten unter Benennung eines für weitere Verhandlungen bevollmächtigten Vertreters aus der Mitte der Unterzeichner unterschrieben sein. Ist kein Vertreter benannt, so gilt der erste Unterzeichner als Vertreter. Der Vertreter soll am Sitze des Versicherungsamts wohnen oder beschäftigt sein.

Mit den Vorschlagslisten für die Versicherten ist von jedem in den Listen Genannten eine Erklärung darüber vorzulegen, daß er zur Annahme der Wahl bereit ist. Bei den Vorschlagslisten für die Arbeitgeber ist eine solche Erklärung nur erforderlich, soweit ein Vorgeschlagener nach §§ 17, 50 zur Ablehnung der Wahl berechtigt ist.

8. Der Wahlleiter läßt die Listen mit dem Tage des Eingangs und fortlaufend nach der Reihenfolge des Eingangs mit Buchstaben (A, B usw.) bezeichnen. Er prüft die Vorschlagslisten und teilt etwaige Anstände alsbald den bevollmächtigten Vertretern mit. Zur Beseitigung der Anstände ist eine Frist zu setzen.

9. Wer auf mehreren Listen vorgeschlagen ist, wird vom Wahlleiter aufgefordert, sich binnen einer Frist für eine bestimmte Liste zu entscheiden. Erklärt er sich nicht innerhalb dieser Frist, so wird sein Name auf allen Vorschlagslisten gestrichen. Den bevollmächtigten Vertretern ist die Streichung unverzüglich mitzuteilen und ihnen anheimzugeben, binnen einer Frist Ersatzvorschläge zu machen. Wer bereits in einer Vorschlagsliste aufgeführt ist, darf dabei nicht vorgeschlagen werden. Den Vertretern ist die Einsichtnahme in die eingereichten Listen zu gestatten.

10. Hat ein Wähler mehrere Vorschlagslisten unterzeichnet, so ist seine Unterschrift auf allen Vorschlagslisten zu streichen; den bevollmächtigten Vertretern ist nötigenfalls die Beschaffung anderer Unterschriften binnen einer Frist zur Vermeidung der Ungültigkeit der Vorschlagslisten aufzugeben.

11. Die Vorschlagslisten sind, soweit nicht im letzten Absatz ein anderes bestimmt ist, ungültig, wenn sie verspätet eingereicht werden oder wenn sie den zwingenden Vorschriften der Nr. 7 nicht entsprechen und der Mangel nicht rechtzeitig behoben wird.

Sind die Vorschriften der Nr. 7 Abs. 2 und 3 [4] nicht beachtet, so ist der bevollmächtigte Vertreter aufzufordern, andere geeignete Personen vorzuschlagen. Kommt er dieser Aufforderung nicht nach, so kann der Wahlleiter bei Verstößen gegen Nr. 7 Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 von oben anfangend in der Liste die nicht geeigneten Vorgeschlagenen streichen oder zugunsten geeigneter Vorgeschlagener an eine spätere Stelle setzen.

Ist ein Vorgeschlagener nicht in der vorgeschriebenen Weise bezeichnet und kommt der bevollmächtigte Vertreter der Aufforderung, die Bezeichnung zu ergänzen, nicht rechtzeitig nach, so wird der Name des unvollständig Bezeichneten gestrichen. Enthält eine Vorschlagsliste trotz etwaiger Streichungen eine größere als die vorgeschriebene Zahl von Bewerbern, so werden die Vorgeschlagenen gestrichen, deren Namen den in zulässiger Zahl vor ihnen Genannten folgen. Enthält eine Vorschlagsliste weniger als die vorgeschriebene Zahl von Bewerbern, so wird sie dadurch nicht ungültig.

[11a. Zwei oder mehr Vorschlagslisten können in der Weise miteinander verbunden werden, daß sie den anderen Vorschlagslisten gegenüber als eine einzige Vorschlagsliste gelten. In diesem Falle müssen die Unterzeichner der Vorschlagslisten oder die bevollmächtigten Vertreter spätestens [[2 Wochen]] vor dem Wahltage die übereinstimmende Erklärung abgeben, daß die Vorschlagslisten miteinander verbunden sein sollen. Andernfalls ist die Erklärung über die Verbindung ungültig.]

Die Anstände sollen bis zum Ablaufe des [10.] Tages vor dem Wahltage beseitigt sein.

Frühestens [9] und spätestens [5] volle Tage vor dem Wahltage sind die gültigen Vorschlagslisten von dem Wahlleiter gleichzeitig mit ihrer Bezeichnung (Nr. 8) in den für die amtlichen Bekanntmachungen des Versicherungsamts bestimmten Blättern zu veröffentlichen oder den Wahlberechtigten zu übersenden. [Hierbei ist auf die Zusammengehörigkeit verbundener Listen hinzuweisen.]

13. Wird bis zu dem in Nr. 6 bestimmten Termine nur eine Vorschlagsliste von den Arbeitgebern oder den Versicherten eingereicht, so findet bei dieser Gruppe keine Wahl statt. Die in der Vorschlagsliste gültig verzeichneten Personen gelten in der erforderlichen Zahl in der Reihenfolge des Vorschlags als gewählt.

III. Die Wahl.

14. Zum Wahlraume haben nur die Wahlberechtigten Zutritt.

Digitized by Google

15. Die Wähler haben sich auf Verlangen des Wahlleiters über ihre Wahlberechtigung auszuweisen. Als Ausweis genügt in der Regel die Vorlage der den Wahlberechtigten übersandten Aufforderung (Nr. 6).

16. Das Wahlrecht wird in Person und durch Abgabe eines Stimmzettels ausgeübt. Die Stimmzettel dürfen nicht unterschrieben sein und keinen Widerspruch oder Vorbehalt enthalten. Sie sind außerhalb des Wahlraums handschriftlich oder durch Vervielfältigung herzustellen.

Den nach § 42 Abs. 3 wahlberechtigten Knappschaftsältesten und Geschäftsleitern örtlicher Verwaltungsstellen von Ersatzkassen, die außerhalb des Bezirks des Versicherungsamts wohnen, kann vom Wahlleiter auf Antrag, der nur bis zu einem vom Wahlleiter gesetzten Termine zulässig ist, gestattet werden, die Stimmzettel am Tage der Wahl in einem verschlossenen Umschlage (Nr. 17 Abs. 3) bei dem Versicherungsamt ihres Wohn- oder Beschäftigungsorts während der dortigen Geschäftsstunden persönlich abzugeben. Das Versicherungsamt prüft die Wahlberechtigung (Nr. 15). Etwaige Ausweise sind dem Wahlleiter in der Weise einzureichen, daß die Ausweise und der Umschlag des Stimmzettels jedes Wählers in einem besonderen Umschlage vereinigt werden. [[Die Wahlberechtigten können die Stimmzettel spätestens bis zum Ablaufe der für ihre Gruppe festgesetzten Wahlzeit in einem verschlossenen Umschlage (Nr. 17 Abs. 3) bei dem Gemeindevorstand ihres Wohnorts persönlich abgeben. Der Gemeindevorstand prüft die Wahlberechtigung (Nr. 15). Er verschließt den Wahlumschlag nebst den etwaigen Ausweisen in einem zweiten Umschlag, auf dem er den Namen, Beruf und Wohnort des Erschienenen — bei Versicherten auch den Namen des Arbeitgebers — sowie Tag und Stunde der Stimmabgabe vermerkt. Bestehen gegen die Wahlberechtigung des Erschienenen Bedenken, so ist der Stimmzettel gleichwohl einzureichen, die Bedenken sind aber auf dem Umschlage zu erörtern. Spätestens am Tage nach der Wahl sendet der Gemeindevorstand die Umschläge an den Wahlleiter ab. Die Stimmabgabe bei dem Gemeindevorstand erfolgt auf die Gefahr des Wählers mit der Maßgabe, daß verspätet eingereichte Stimmzettel ungültig sind.]]

Es darf nur für unveränderte Vorschlagslisten gestimmt werden. Als verändert gelten auch solche Vorschlagslisten, in welchen die Reihenfolge der Vorgeschlagenen geändert ist. Es genügt aber, daß der Stimmzettel die Bezeichnung der Liste (Nr. 8) enthält, für die der Wähler sich entscheidet. Im übrigen sind Stimmzettel, die von den Vorschlagslisten abweichen, ungültig.

17. Die zur Ausübung ihres Wahlrechts Erschienenen sind in Listen einzutragen, von denen die eine für die Arbeitgeber, die andere für die Versicherten bestimmt ist. In den Listen ist die fortlaufende Nummer, der Name, Beruf und Wohnort der Erschienenen, in der Liste der Versicherten auch der Name des Arbeitgebers, bei dem der Versicherte beschäftigt ist, anzugeben.

Wird ein zur Wahl Erschienener als nicht wahlberechtigt zurückgewiesen, so ist sein Name gleichwohl in der Liste, für die er sich angemeldet hat, aufzuführen; der Zurückweisungsgrund ist dabei zu vermerken.

Zur Aufnahme der Stimmzettel ist für Arbeitgeber und Versicherte je eine besondere Wahlurne aufzustellen, in welche die Wahlberechtigten ihre Stimmzettel in einem verschlossenen Umschlage, der mit dem Stempel des Versicherungsamts versehen ist, durch die Hand des dazu bestimmten Beamten hineinlegen. Die Umschläge werden den Wahlberechtigten zusammen mit der Aufforderung (Nr. 6) übersandt. Auf ihnen ist die dem Wahlberechtigten zustehende Stimmenzahl vorher amtlich zu vermerken.

18. Der Wahlleiter verkündet den Ablauf der für die Wahl jeder Gruppe festgesetzten Zeit. Danach sind nur noch Personen zur Wahl zuzulassen, die bereits im Wahlraum anwesend sind.

Sodann wird die Wahl geschlossen und auf den Listen durch den Wahlleiter oder den von ihm dazu bestimmten Beamten durch Unterschrift bescheinigt, daß sich niemand weiter zur Ausübung des Wahlrechts gemeldet hat.

19. Hierauf sind die Umschläge aus den beiden Wahlurnen zu entnehmen und getrennt zu zählen. Ergibt sich hierbei eine Abweichung von der in den Listen festgestellten Zahl der zur Abgabe ihrer Stimme Zugelassenen, so ist dies nebst dem zur Aufklärung Dienlichen in der Niederschrift (Nr. 20) zu vermerken.

Die Umschläge dürfen nicht geöffnet werden.

20. Über die Wahlhandlung ist eine Niederschrift zu fertigen, welche Zeit und Ort der Wahlhandlung, die Gesamtzahl der Wähler, die abgestimmt haben, ferner die bei der Wahl sich etwa ergebenden Beanstandungen, die Entscheidungen über die Zulassung zur Wahl sowie alle sonstigen Vorfälle enthält, die für die Gültigkeit der Wahl in Betracht kommen. Die Niederschrift ist vom Wahlleiter und dem nach dessen Ermessen zuzuziehenden Schriftführer zu unterschreiben.

21. Hierauf sowie nach dem etwaigen Eingang der bei anderen Versicherungsämtern [[und den Gemeindevorständen]] nach Nr. 16 Abs. 2 abgegebenen Stimmen, beruft der Wahlleiter zur Feststellung des Wahlergebnisses je einen im Bezirke des Versicherungsamts wohnenden Arbeitgeber und Versicherten zu Beisitzern.

Der Wahlleiter verpflichtet die Beisitzer durch Handschlag auf gewissenhafte Erfüllung ihrer Obliegenheiten.

Der Wahlleiter und die Beisitzer bilden den Wahlvorstand. Die Wahlberechtigten dürfen der Feststellung des Wahlergebnisses beiwohnen.

22. Der Wahlvorstand öffnet die Wahlumschläge, nimmt die Stimmzettel heraus und vermerkt auf ihnen die je auf ihrem Umschlag angegebene Stimmenzahl. Sodann prüft er die Gültigkeit der Stimmzettel und stellt die Zahl der abgegebenen gültigen Stimmen und die Zahl der für jede Vorschlagsliste abgegebenen gültigen Stimmen fest.

Jeder gültige Stimmzettel zählt so viel Stimmen, als auf dem Wahlumschlage vermerkt sind.

Stimmzettel, die den Vorschriften der Nr. 16 Abs. 1 [[2 Satz 4 ff.]] und 3 und der Nr. 17 Abs. 3 nicht entsprechen oder ein Merkmal haben, welches die Absicht einer Kennzeichnung wahrscheinlich macht, sind ungültig. Ungültig ist ferner ein Stimmzettel, wenn sein Inhalt zweifelhaft ist. Befinden sich in einem Umschlage mehrere Stimmzettel, so werden sie, wenn sie vollständig übereinstimmen, nur als ein Stimmzettel gezählt, andernfalls sind sie ungültig.

23. Die Versicherungsvertreter werden unter die Vorschlagslisten nach dem Verhältnis der Zahl der ihnen zugefallenen Stimmen (Nr. 22) verteilt, und zwar in der Reihenfolge der der Größe nach geordneten Höchstzahlen, die sich bei der folgenden Rechnung ergeben, für die in Anlage II als Muster ein Beispiel beigefügt ist.

Die den einzelnen Vorschlagslisten zugefallenen Stimmenzahlen sind in einer Reihe nebeneinander zu stellen und alle durch 1, 2, 3, 4 usw. zu teilen. Die ermittelten Teilzahlen sind nacheinander reihenweise unter den Zahlen der ersten Reihe aufzuführen. Die Teilung ist fortzusetzen, bis anzunehmen ist, daß höhere Zahlen, als aus den früheren Reihen für die Zuweisung von Sitzen in Betracht kommen, nicht mehr entstehen. [Bruchteile von Zahlen sind wegzulassen.]

Sind bei der Verteilung des letzten Sitzes mehrere gleiche Zahlen vorhanden, so entscheidet das Los.

[23a. Verbundene Vorschlagslisten gelten gegenüber anderen als eine einzige.

Die auf sie entfallenden Sitze werden demnächst auf

Digitized by Google

die einzelnen verbundenen Vorschlagslisten nach dem in Nr. 23 bestimmten Verfahren verteilt.]

24. Für die Zuweisung der auf die einzelne Vorschlagsliste entfallenden Sitze an die gültig vorgeschlagenen Bewerber ist die Reihenfolge maßgebend, in der die Bewerber in der Liste aufgeführt sind.

Sind einer Vorschlagsliste mehr Sitze zuzuweisen, als auf ihr Bewerber gültig vorgeschlagen sind, so sind alle auf ihr Vorgeschlagenen gewählt. Die überzähligen Sitze werden unter die übrigen Vorschlagslisten, durch Fortsetzung des in Nr. 23 bestimmten Verfahrens verteilt. [War jedoch die Vorschlagsliste, für welche Sitze überzählig sind, mit anderen Vorschlagslisten verbunden, so fallen die überzähligen Sitze zunächst diesen Vorschlagslisten zu.]

25. Ueber die Feststellung des Wahlergebnisses ist eine Niederschrift zu fertigen. Sie ist vom Wahlleiter und dem nach seinem Ermessen zuzuziehenden Schriftführer zu unterschreiben.

In ihr sind Zeit und Ort der Verhandlung, die Namen der Mitglieder des Wahlvorstandes, die Gesamtzahl der abgegebenen gültigen Stimmen, ferner die jeder Vorschlagsliste [und jeder Gruppe verbundener Vorschlagslisten] zugefallene Stimmenzahl, die berechneten Höchstzahlen, deren Verteilung auf die Vorschlagslisten und die Namen der Gewählten anzugeben.

Dem Oberversicherungsamt ist unverzüglich eine Abschrift zu übersenden.

26. Das Ergebnis der Wahl ist den Gewählten mit der Aufforderung mitzuteilen, sich über die Annahme der Wahl zu erklären. Geht binnen [3 Tagen] eine Erklärung nicht ein, so gilt die Wahl als angenommen.

Lehnen gewählte Personen die Wahl mit Erfolg ab oder scheiden sie während der Dauer der Wahlzeit aus, so rücken die auf derselben Liste gültig vorgeschlagenen, noch nicht gewählten Bewerber, in der in Nr. 24 Abs. 1 bezeichneten Reihenfolge als Stellvertreter ein. Nr. 24 Abs. 2 gilt entsprechend.

Ersatzwahlen finden während der Dauer der Wahlzeit in der Regel nicht statt. Sie können von der Aufsichtsbehörde des Versicherungsamts zugelassen oder angeordnet werden, wenn die Zahl der Versicherungsvertreter insgesamt oder in der Gruppe der Versicherten oder der Arbeitgeber auf weniger als die Hälfte der ursprünglichen Zahl herabsinkt. Die Aufsichtsbehörde bestimmt das Nähere.

27. Das Ergebnis der Wahl ist durch den Wahlleiter in den für die amtlichen Bekanntmachungen des Versicherungsamts bestimmten Blättern zu veröffentlichen, sobald feststeht, daß die Gewählten die Wahl annehmen.

28. Die Gültigkeit der Wahl kann binnen einem Monat nach der Bekanntmachung des Wahlergebnisses bei dem Wahlleiter angefochten werden. Ueber die Anfechtung entscheidet der Wahlvorstand. Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig. Die Entscheidungen des Wahlleiters können nur mit einer Anfechtung der Wahl im ganzen angefochten werden, wenn der Wahlleiter nicht selbst seine Entscheidungen auf Beschwerde der Beteiligten abändert.

Soweit die Gültigkeit der Wahl angefochten ist, können die Gewählten ihr Amt erst ausüben, wenn das Oberversicherungsamt die Wahl für gültig erklärt hat.

29. Die Wahl einer oder beider Gruppen ist ungültig, wenn gegen wesentliche Vorschriften über das Wahlverfahren verstoßen und weder eine nachträgliche Ergänzung möglich noch nachgewiesen ist, daß durch den Verstoß das Wahlergebnis nicht verändert werden konnte.

Ist die ganze Wahl ungültig, so ist alsbald ein neues Wahlverfahren einzuleiten. Ist nur die Wahl der Arbeitgeber oder der Versicherten ungültig, so ist nur die Wahl der einen Gruppe zu wiederholen.

30. Ungültig ist die Wahl einer Person, die zur Zeit der Wahl nicht wählbar war.

Das gleiche gilt von der Wahl einer Person, von der oder zu deren Gunsten von Dritten die Wahl rechtswidrig (zu vgl. insbesondere §§ 107—109, 240, 339 des Reichsstrafgesetzbuchs) oder durch Gewährung oder Versprechung von Geschenken beeinflußt worden ist, es sei denn, daß dadurch das Wahlergebnis nicht verändert werden konnte.

Nr. 26 Abs. 2, 3 gilt entsprechend.

31. Der Wahlleiter macht dem Oberversicherungsamte von der endgültigen Feststellung des Wahlergebnisses und von der Gesamtstimmenzahl, die er gemäß § 43 für die wahlberechtigten Kassen festgestellt hat, unverzüglich Mitteilung. Zugleich veröffentlicht er das endgültige Ergebnis der Wahl in den für die amtlichen Bekanntmachungen des Versicherungsamts bestimmten Blättern.

32. Die Akten über die Feststellung des Wahlergebnisses und die Stimmzettel sind bis zum Ablaufe der Wahlzeit vom Versicherungsamt aufzubewahren.

Der Regierungspräsident.

Anlage I: Muster der Aufforderung zur Einreichung von Vorschlagslisten.

Die Wahl der Versicherungsvertreter als Beisitzer des Versicherungsamts . . . . . findet
für die Arbeitgeber am . . . . . ., den . . . . . 19 . .
von . . Uhr . . . . . bis . . Uhr . . . . . .,
für die Versicherten am . . . . . ., den . . . . . 19 . .
von . . Uhr . . . . . bis . . Uhr . . . . . .,
in . . . . . statt.

Es sind . . . Versicherungsvertreter zu wählen. Die zu Wählenden werden je zur Hälfte aus Arbeitgebern und Versicherten entnommen. Sie haben hiernach . . . $\frac{\text{Arbeitgeber}}{\text{Versicherte}}$ zu wählen.

Ihnen stehen . . . Stimmen zu. Der Stimmzettel ist in dem anliegenden Wahlumschlage verschlossen abzugeben.

Diese Aufforderung dient als Wahlausweis.

Ich fordere Sie auf, eine

Vorschlagsliste

für die Wahl bis zum . . . . . 19 . . bei mir einzureichen.

Auf die umstehend abgedruckten wichtigsten Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung und der Wahlordnung wird besonders hingewiesen[1]).

. . . . . ., den . . . . . 19 . .

Der Wahlleiter.

Anlage II: Muster der Rechnung nach den Nrn. 23ff. der Wahlordnung.

Es sind für die Gruppe der Versicherten (Arbeitgeber) 6 Versicherungsvertreter zu wählen. Für die Wahlen sind fünf Listen A, B, C, D, E aufgestellt. Es sind Stimmen entfallen auf:

A	B	C	D	E
6212	5626	1224	968	912

Die Bildung der Teilzahlen ergibt folgendes[2]):

[1]) Auf der Rückseite der Aufforderung sind die §§ 12, 47 RVO. und die Nummern 2, 7, [11a,] 14—16, 22 Abs. 2, 3 der Wahlordnung abzudrucken.

[2]) Wird die Berücksichtigung von Bruchteilen (Nr. 23 Abs. 2) nicht ausgeschlossen, so ändern sich die Zahlen entsprechend.

Digitized by Google

Teilung durch	A	B	C	D	E	[C+D+E]
1	6212	5626	1224	968	912	[3104]
2	3106	2813	612	484	456	[1552]
3	2070	1875	408	322	304	[1034]
4	1553	1406	306	242	228	[776]
5	1242	1125	244	193	182	[620]
6	1035	937	204	161	152	[517]

Ordnung der Höchstzahlen [bei unverbundenen Listen].

1. 6212	Liste A	Sitze der Versicherungsvertreter	7. 1553	Liste A
2. 5626	„ B		8. 1406	„ B
3. 3106	„ A		9. 1242	„ A
4. 2813	„ B		10. 1224	„ C
5. 2070	„ A		11. 1125	„ B
6. 1875	„ B		12. 1035	„ A

Es sind hiernach gewählt:

von Liste	A:	3 Versicherungsvertreter
„ „	B:	3 „
„ „	C:	— „
		6 Versicherungsvertreter

[Ordnung der Höchstzahlen bei Verbindung der Listen C, D und E.

1. 6212	Liste A		
2. 5626	„ B		
3. 3106	„ A		Sitze der Versicherungsvertreter
4. 3104	„ C+D+E		
5. 2813	„ B		
6. 2070	„ A		
7. 1875	„ B		
8. 1553	„ A		
9. 1552	„ C+D+E		
10. 1406	„ B		
11. 1242	„ A		
12. 1125	„ B		

Es sind hiernach gewählt:

von Liste	A:	3 Versicherungsvertreter
„ „	B:	2 „
„ „	C+D+E:	1 „
		6 Versicherungsvertreter

Der auf Liste C+D+E entfallende Sitz ist der Liste C (Höchstzahl 1224) zuzuweisen.]

Versichertenbeisitzer bei den Oberversicherungsämtern.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe (an die Regierungspräsidenten und den Oberpräsidenten in Potsdam).

Vom 26. April 1913 (HMBl. S. 340).

Auf Grund der §§ 78, 110 RVO. übertrage ich Ihnen den Erlaß der Wahlordnung für die Wahl der Versichertenbeisitzer bei dem der dortigen Regierung angegliederten Oberversicherungsamt (bei dem Herrn Oberpräsidenten in Potsdam; bei dem Oberversicherungsamt Groß-Berlin).

Zur Herbeiführung eines gleichmäßigen Verfahrens ist der Entwurf einer Wahlordnung beigefügt[1]), der bei Erlaß der Wahlordnung zugrunde zu legen ist; Abweichungen sind ohne meine Zustimmung nicht zulässig. Es dürfen jedoch die Zahlen in den eckigen Klammern geändert und die sonst eingeklammerten Bestimmungen je nach den örtlichen Verhältnissen aufgenommen oder fortgelassen werden.

Im einzelnen bemerke ich, und zwar im Einverständnis mit dem Herrn Finanzminister, soweit es sich um die Kosten der Wahl handelt:

1. Die Wahlzeit der Beisitzer der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung, die nach der Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 21. Juni 1912 (RGBl. S. 403) als Beisitzer der Oberversicherungsämter so lange zuzuziehen sind, bis die auf Grund der §§ 71 ff. RVO. gewählten Beisitzer ihr Amt angetreten haben, läuft zwar erst am 31. Dezember 1914 ab, immerhin empfiehlt es sich im Interesse der Gleichmäßigkeit der Wahlzeiten, auch diese Wahlen zum 1. Januar 1914 vorzunehmen, zumal die Wahlberechtigten wegen der Wahl der Vertreter der Arbeitgeber und Versicherten in den Ausschüssen der Versicherungsanstalten schon vorhanden sind. Ich bestimme daher, daß die Wahlen der Beisitzer der Oberversicherungsämter im Monat Dezember und für die Folge in dem dem Ablaufe der Wahlperiode vorhergehenden Monat Dezember zu bewirken sind. Den Vorsitzenden der Versicherungsämter sind für jeden wahlberechtigten Versicherungsvertreter ein Abdruck der Wahlordnung sowie mehrere Abdrücke für den Dienstgebrauch zur Verfügung zu stellen. Die Firma Carl Heymanns Verlag, Berlin, läßt den Satz des Entwurfes stehen und ist bereit, die gewünschte Zahl von Abdrücken der Wahlordnung zu billigem Preise zu liefern. Zur Ersparung von Kosten empfiehlt es sich, von diesem Anerbieten Gebrauch zu machen.

2. Von einer Erhöhung oder Verminderung der gesetzlichen Zahl der Beisitzer (Nr. 3 der Wahlordnung) ist zunächst nach Möglichkeit abzusehen.

3. Zu Nr. 6 der Wahlordnung können an Stelle des Abs. 3 Satz 2 Vorschriften über die zu berücksichtigenden Erwerbszweige und Bezirksteile aufgenommen werden.

4. Die in Nr. 10a der Wahlordnung vorgesehene Verbindung von Vorschlagslisten ist zunächst nur zuzulassen, wenn ein besonderes örtliches Bedürfnis vorliegt.

5. Die in Nr. 15 der Wahlordnung zugelassene Stimmabgabe beim Versicherungsamte kann allgemein vorgesehen werden und empfiehlt sich in der Regel auch schon im Interesse der Kostenersparnis. Dagegen ist die Stimmabgabe bei dem Gemeindevorstande mit Rücksicht auf die geringe Zahl der Wahlberechtigten jedenfalls bei Zulassung der Stimmabgabe beim Versicherungsamte, von ganz besonderen Ausnahmefällen abgesehen, nicht zuzulassen.

[1]) Die hier nicht mit abgedruckte Wahlordnung und die beiden als Anlage beigefügten Muster sind entsprechend gestaltet wie für die Wahl der Vertreter bei den Versicherungsämtern.

Digitized by Google

6. Die Vorschriften über das Einrücken der Stellvertreter (Nr. 25 Abs. 2 der Wahlordnung) entsprechen dem Grundsatz der Verhältniswahl, daß im Laufe der Wahlzeit das Verhältnis, in dem die einzelnen Parteien an den Sitzen der Versichertenvertreter beteiligt sind, möglichst unverändert bleiben soll. Bei vorübergehender Verhinderung einzelner Versichertenvertreter sind ihre etwa notwendigen Stellvertreter nach § 3 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1095) vom Vorsitzenden des Oberversicherungsamts zu bestimmen; Nr. 25 Abs. 2 der Wahlordnung findet dann keine Anwendung.

7. Den Versichertenvertretern ist bis auf weiteres aus der Staatskasse eine Entschädigung in Höhe der den Versicherungsvertretern nach § 54 RVO. zustehenden Bezüge zu gewähren.

Auch die Beisitzer im Wahlvorstande (Nr. 20 der Wahlordnung) erhalten bis auf weiteres eine Entschädigung in Höhe der den Beisitzern beim Oberversicherungsamte nach den §§ 54, 76 RVO. zustehenden Bezüge aus der Staatskasse.

Die sächlichen Kosten der Wahl trägt der Staat.

B. Zur Krankenversicherung.

In Preußen gibt es zurzeit bei den Krankenkassen keine „Beamten" im Sinne der Reichsversicherungsordnung.

Erlaß des **Preuß. Handelsministers** vom 8. März 1913.

In Uebereinstimmung mit der Auffassung des Herrn Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) mache ich darauf aufmerksam, daß es in den Geschäftsbetrieben der Krankenkassen in Preußen zurzeit Personen, die „Beamte" im Sinne der Reichsversicherungsordnung sind, nicht gibt, da jedenfalls nur solche Angestellte als Beamte angesehen werden können, welche nach § 359 Abs. 1 RVO. mit Genehmigung des Oberversicherungsamts auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind. Staats- oder Gemeindebeamte kraft Gesetzes sind die Angestellten der Krankenkassen nach preußischem Landesrecht nicht, wie auch das Oberverwaltungsgericht anerkannt hat (Entscheidung vom 16. Oktober 1891, Arb.-Versorgg. 1893, S. 7); eine Anstellung mit Genehmigung des Oberversicherungsamts ist aber vor dem Inkrafttreten des § 359 nicht möglich. Daraus folgt, daß alle Angestellten, soweit vorhandene Krankenkassen nicht weiter zugelassen werden nach § 302 RVO. in Verbindung mit Art. 32 ff. Einf.Ges. z. RVO. zu behandeln sind. Der für „Beamte" geltende § 305 RVO. kann erst praktisch werden, wenn der § 359 RVO. ausgeführt sein wird.

Die Frage, ob für die Folge solche Angestellte als „Beamte" anzusprechen sind, welche nach § 359 Abs. 1 mit Genehmigung des Oberversicherungsamts auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind, bedarf keiner Entscheidung, weil beabsichtigt ist, allen gemäß § 359 Abs. 1 Angestellten die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten nach § 359 Abs. 4 zu übertragen.

Anmerkung: Uns erscheint die hier ausgedrückte Rechtsauffassung keineswegs zweifelsfrei (vgl. Arb.-Versorgg. 1912 S. 712 Ziff. 14 und S. 735 Ziff. 7); nur wird freilich mit ihr zu rechnen und von den Kassen danach zu verfahren sein.

Schweigepflicht der Vorstandsmitglieder.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 8. Senat, vom 6. Januar 1913.

Ein Arbeitgeber führte bei der Aufsichtsbehörde einer Ortskrankenkasse darüber Beschwerde, daß ein Mitglied des Kassenvorstandes die der Kasse von den Arbeitgebern gemachten Lohnangaben zu gewerkschaftlichen Zwecken weiterverbreite. Nachdem das Vorstandsmitglied jede Auskunft abgelehnt und der Vorstand selbst in dem sich entspinnenden Schriftwechsel unter anderem behauptet hatte, daß eine Schweigepflicht der Vorstandsmitglieder und Kassenangestellten bezüglich der gemeldeten Löhne nicht bestehe, wies der Magistrat unter Bezugnahme auf § 45 Abs. 1 und 6 KVG. den Kassenvorstand an:

1. die ihm auf Grund der Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes bekannt gewordenen Lohnverhältnisse gegenüber Dritten, welchen ein gesetzlicher Anspruch auf Auskunfterteilung nicht zusteht, geheim zu halten,

2. diese Geheimhaltung auch den Angestellten und Bediensteten der Kasse zur Pflicht zu machen.

Die hiergegen vom Kassenvorstand erhobene Klage wies der Bezirksausschuß ab. Auch die nunmehr noch beim Oberverwaltungsgericht eingelegte Revision des Kassenvorstandes blieb erfolglos. **Gründe:**

Die streitige Anordnung beruht auf § 45 Abs. 1 KVG., wonach die Aufsichtsbehörde die Befolgung der gesetzlichen und statuarischen Vorschriften überwacht und erzwingen kann. Die Anfechtung der Anordnung kann nach Abs. 6 des § 45 nur darauf gestützt werden, daß die Anordnung rechtlich nicht begründet und die Kasse oder das Vorstandsmitglied durch die Anordnung in einem Rechte verletzt oder mit einer rechtlich nicht begründeten Verbindlichkeit belastet sei. Die hiernach allein zulässigen Anfechtungsgründe sind jedoch im vorliegenden Falle nicht gegeben.

Digitized by Google

Es handelt sich hier weder um ein Berufs- oder ein Betriebsgeheimnis, dessen Wahrung durch besondere Gesetzesbestimmung gesichert ist, noch um Beamte, für welche die Pflicht zur Amtsverschwiegenheit besteht. Der für die Entscheidung maßgebende Gesichtspunkt ist vielmehr der, daß die streitige Anordnung sich auf diejenigen Lohnverhältnisse der Kassenmitglieder beschränkt, von welchen der Kassenvorstand nur vermöge einer besonderen den Arbeitgebern gesetzlich auferlegten Anzeigepflicht Kenntnis erlangt hat. Im Abs. 1 des § 49 KVG. ist vorgeschrieben, daß die Arbeitgeber jede von ihnen beschäftigte versicherungspflichtige Person an- und abzumelden haben. Der Abs. 3 des § 49 lautet:

„In der Anmeldung zur Ortskrankenkasse sind auch die behufs der Berechnung der Beiträge durch das Statut geforderten Angaben über die Lohnverhältnisse zu machen. Aenderungen in diesen Verhältnissen sind spätestens am dritten Tage, nachdem sie eingetreten, anzumelden."

Nach der Begründung zum Gesetze vom 10. April 1892 (RGBl. S. 379) ist eine solche Meldung an die Kasse erforderlich: „weil sie wegen der Beitrags- und Unterstützungssätze wissen müssen, in welchen Lohnverhältnissen sich der Angemeldete befindet". Damit ist der Grund angegeben, auf welchem die obige den Arbeitgebern auferlegte einschneidende Verpflichtung allein beruht. Nur um die Durchführung der Krankenversicherung zu ermöglichen, haben die Arbeitgeber die Angaben über die Lohnverhältnisse zu machen. In der Erreichung dieses Zweckes findet die Verpflichtung ihre Grenze. Zu anderen Zwecken haben die Krankenkassen auf Angaben über die Lohnverhältnisse keinen Anspruch. Die Einführung der Angabepflicht beruht daher auf der Voraussetzung, daß die Angaben ausschließlich den Kassenzwecken dienstbar gemacht werden. Daraus ergibt sich aber die Pflicht der Krankenkassen, die fraglichen Angaben lediglich für die Durchführung der Aufgaben der Krankenkasse zu benutzen und jedem Mißbrauche vorzubeugen. Nichts anderes als diese Forderung ist in der mit der Klage angefochtenen Anordnung gestellt. Die Geheimhaltung der Lohnverhältnisse ist nur Dritten gegenüber, die einen Anspruch auf Auskunfterteilung nicht besitzen, verlangt. Der Verkehr mit den Behörden und die in der Revisionsschrift hervorgehobene wissenschaftliche Bearbeitung der Lohnverhältnisse werden dadurch nicht berührt.

Hiernach ist die Aufsichtsbehörde über die ihr nach § 45 Abs. 1 KVG. zustehenden Befugnisse nicht hinausgegangen (vgl. die Urteile vom 17. Oktober 1907 und vom 7. November 1910, Entsch. des OVG. Bd. 51 S. 338 und Bd. 57 S. 452).

Anmerkung: Nach der Reichsversicherungsordnung besteht eine gleiche Schweigepflicht auf Grund des § 142 hinsichtlich der „Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse" überhaupt. Daß dazu auch die dem Betriebe eigentümlichen Lohnverhältnisse gehören, erscheint nicht zweifelhaft (Komm.-Ber. I S. 241, 243).

C. Zur Unfallversicherung.

(L.) Einatmen schädlicher Stoffe (Gase, Thomasmehl) als Betriebsunfall.

Rekursentscheidungen des **Reichsversicherungsamts** a) vom 20. Februar 1913 (I a 4780/12); b) vom 22. Februar 1913 (I a 13473/12).

a)

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme kann es keinem Zweifel unterliegen, daß der Verstorbene in der Nacht zum 21. April 1911 während einer dreistündigen Arbeitsschicht in einem alten Sielschachte üblen Ausdünstungen, die sich aus dem alten durchtränkten Mauerwerk und Erdreich entwickelten, ausgesetzt gewesen ist. Diese Dünste oder Sielgase enthalten Teile giftigen Schwefelwasserstoffes und führen öfter zu Erkrankungen der Sielarbeiter; sie haben auch bei dem Maurer P., der bisher keine Sielarbeit verrichtet hatte, schon in der ersten Arbeitsschicht blasses Aussehen, Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Durchfall, Reizung zum Schweißausbruch hervorgerufen und haben bei der schon bestehenden Vergrößerung und Verfettung des Herzens ungünstiger als es sonst bei völlig gesunden Menschen geschieht, eingewirkt. Hiernach ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß P. während seiner ersten dreistündigen Arbeitsschicht — und eine solche ist ein dem Erfordernisse der Plötzlichkeit noch genügender, verhältnismäßig kurzer Zeitraum — die schädlichen Sielgase eingeatmet und diese Einatmung zu einer Lähmung des Herzens und zum Tode geführt hat. Bei solcher Sachlage ist aber die Feststellung eines ursächlichen Zusammhanges zwischen dem am 25. April 1911 eingetretenen Tode des Arbeiters P. und dem Betriebsvorgange vom 21. April 1911 gerechtfertigt.

b)

Das vom Reichsversicherungsamt eingeholte Gutachten des Prof. Dr. Sch. und des Privatdozenten

Digitized by Google

Dr. H. in Halle a. S. kommt zu dem Ergebnisse, daß im vorliegenden Fall ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen der Erkrankung des W. und dem Streuen von Thomasmehl am 8. November 1911 vorliegt. Es führt aus, daß durch das Einatmen feinverstäubter Teilchen des im Thomasmehl enthaltenen Kalziumphosphats, der darin sich befindenden Eisenteilchen und anderer Verunreinigungen ein starker Reiz auf die Schleimhäute ausgeübt worden ist, der diese wesentlich empfänglicher für die Ansiedlung von Krankheitskeimen, hier der Erreger der Lungentzündung gemacht hat. Das Reichsversicherungsamt hat sich diesem bedenkenfreien und wohlbegründeten Gutachten angeschlossen und auch seinerseits die Überzeugung gewonnen, daß die tödliche Lungenentzündung des W. auf die vorstehend bezeichnete Art entstanden ist. Sie ist also auf die landwirtschaftliche Arbeit des Streuens von Thomasmehl zurückzuführen und die dabei erfolgte Reizung der Schleimhäute ist auch unbedenklich noch als ein in einem verhältnismäßig eng begrenzten Zeitraum eingetretenes Ereignis, also als ein Unfall im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft vom 30. Juni 1900 anzusehen. Jedenfalls gilt dies von dem Eindringen der Krankheitserreger in die gereizten Schleimhäute. Das Schiedsgericht hat daher mit Recht die Berufsgenossenschaft zur Entschädigung der Kläger verurteilt.

Verschlimmerung eines als Unfallfolge rechtskräftig anerkannten Leidens.

Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 21. Februar 1913.

Nach dem Gutachten des Sanitätsrats Dr. L. und insbesondere des Geheimen Medizinalrats Professor Dr. Schl. konnte dem Schiedsgericht nicht beigetreten werden. Die Harnröhrenverengung, die die Operation durch den Dr. Sch. im November 1899 erforderlich machte, ist als Folge des Unfalls vom 18. Juni 1896 rechtskräftig anerkannt worden. Es konnte sich im vorliegenden Verfahren also nur darum handeln, ob der Zustand, wie er im Februar 1911 durch den Dr. M. festgestellt worden ist, sich als Verschlimmerung des rechtskräftig anerkannten Strikturleidens darstellt und durch einen neuen Tripper nicht kompliziert worden ist, also nicht auf eine neue, von der alten Harnröhrenverengung unabhängige Erkrankung zurückzuführen ist. Nach den überzeugenden Ausführungen insbesondere des Geheimen Medizinalrats Dr. Schl. muß das jetzige Leiden als Folge des alten Strikturleidens angesehen werden. Die Neigung zur Wiederverengung der Harnröhre auch nach vorzüglich gelungener Operation entspricht der wissenschaftlichen Erfahrung. Das alte Leiden war keineswegs endgültig beseitigt. Der Tripper Anfang 1905 war ein harmloses Leiden, das einen wesentlichen schädigenden Einfluß auf die Harnröhrenverengung höchstwahrscheinlich nicht gehabt hat. Der Kläger ist seit dem 15. Februar 1911 durch sein Strikturleiden um 20% in der Erwerbsfähigkeit geschädigt. Die Vorentscheidung war in diesem Sinne abzuändern.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Zur Ausführung des § 392 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 11. Januar 1913 (RGBl. S. 19.)

Das Versicherungsgesetz für Angestellte enthält folgende Vorschriften:

§ 390. Angestellte, für die vor dem 5. Dezember 1911 bei öffentlichen oder privaten Lebensversicherungsunternehmungen (§ 1 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 — Reichs-Gesetzbl. S. 139 —) ein Versicherungsvertrag geschlossen ist, können auf ihren Antrag von der Beitragsleistung befreit werden, wenn der Jahresbetrag der Beiträge für diese Versicherungen beim Inkrafttreten dieses Gesetzes mindestens den ihren Gehaltsverhältnissen zur Zeit des Antrags entsprechenden Beiträgen gleichkommt, die sie nach diesem Gesetze zu tragen hätten.

Das Gleiche gilt für Angestellte, die beim Eintreten in die versicherungspflichtige Beschäftigung das dreißigste Lebensjahr überschritten haben und seit mindestens drei Jahren in einer dem ersten Absatz entsprechenden Weise versichert sind.

§ 391. Der Antrag auf Befreiung von der Beitragsleistung ist in der ersten Aufnahmekarte (§ 188) zu stellen. Mit dem Antrag ist der Versicherungsschein (Aufnahmeschein u. dgl.) vorzulegen. Die Befreiung ist in der Aufnahme- und Versicherungskarte zu bescheinigen.

Streit über die Befreiung wird nach § 210 entschieden.

§ 392. In den Fällen des § 390 ist der Arbeitgeber verpflichtet, den nach diesem Gesetz auf ihn entfallenden Beitragsanteil an die Reichsversicherungsanstalt abzuführen; dem Versicherten werden dafür die halben Leistungen dieses Gesetzes gewährt.

Hat der Arbeitgeber zu den Beiträgen für Versicherungen seiner Angestellten (§ 390) Zuschüsse gezahlt, so kann er diese Zuschüsse um die an die Reichsversicherungsanstalt zu entrichtenden Beiträge kürzen.

Auf Antrag des Versicherten zahlt die Reichsversicherungsanstalt die an dem Zuschuß gekürzten Beträge an die Lebensversicherungsunternehmungen aus den Arbeitgeberbeiträgen (Abs. 1) weiter, wenn

Digitized by Google

1. die Versicherung noch in einer dem § 390 entsprechenden Höhe besteht,
2. der Versicherungsschein hinterlegt wird,
3. zur Sicherung einer Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente die Forderung aus der Versicherung zu demjenigen Teile, welcher dem gekürzten Betrage der reichsgesetzlichen Arbeitgeberzuschüsse entspricht, an die Reichsversicherungsanstalt rechtsverbindlich abgetreten wird.

Näheres über die Ausführung dieser Vorschriften bestimmt der Bundesrat. Er setzt nach Anhören der Reichsversicherungsanstalt die Vergütung fest, die von den Lebensversicherungsunternehmungen für die Abführung der Beiträge zu zahlen ist.

Zum Verständnis dieser Bestimmungen ist es erforderlich, sich zunächst ihren inneren Grund und Zweck zu vergegenwärtigen. Bei dem bisherigen Mangel einer reichsgesetzlichen Fürsorge für Angestellte hatten viele von ihnen, nicht selten mit erheblichen Zuschüssen ihrer Arbeitgeber, Lebensversicherungsverträge abgeschlossen. Es wäre eine Härte gewesen, diese Angestellten zu nötigen, neben den Prämien an die Versicherungsunternehmungen auch noch die Beiträge für die neue gesetzliche Angestelltenversicherung aufzubringen oder ihre Rechte aus den Lebensversicherungsverträgen, günstigenfalls unter Erlangung des Rückkaufswertes, der doch nur einen Teil der angesammelten Prämienreserve darstellt, aufzugeben. Darauf beruht die im § 390 zugelassene Befreiung der Angestellten von der Beitrags-, nicht von der Versicherungspflicht. Der Arbeitgeber bleibt nach § 392 unter allen Umständen in Höhe der auf ihn entfallenden Beitragshälfte nach Maßgabe des Angestelltenversicherungsgesetzes (§§ 170—172) zahlungspflichtig und ist nur berechtigt, die für die Versicherung seiner Angestellten bisher etwa gezahlten Zuschüsse um seinen gesetzlichen Beitragsteil zu kürzen. Zur Ausführung des § 392 hat der Bundesrat nach der in der Ueberschrift bezeichneten Bekanntmachung des Reichskanzlers folgendes bestimmt:

I. Die von dem Arbeitgeber an seinem Zuschuß gekürzten Beträge werden höchstens insoweit an die Lebensversicherungsunternehmung weitergezahlt, als der Beitrag (die Prämie) den für die Befreiung des Angestellten von der eigenen Beitragsleistung nach § 390 Abs. 1 a. a. O. erforderlichen Betrag übersteigt.

Die weiterzuzahlenden Beträge bleiben für die ganze Dauer der Weiterzahlung unverändert.

II. Die Weiterzahlung der unter I bezeichneten Beträge an die Lebensversicherungsunternehmung ist nur zulässig, wenn

1. der Arbeitgeber den Zuschuß zu den Beiträgen (Prämien) für die Versicherung des Angestellten in den Fällen des § 390 Abs. 1 a. a. O. schon vor dem 5. Dezember 1911 und in den Fällen des § 390 Abs. 2 a. a. O. vor dem Eintritt in die Versicherungspflicht geleistet hat.

2. der Versicherte nachweist, daß der Arbeitgeber sich verpflichtet hat, die Weiterzahlungen nach den Bestimmungen des Versicherungsvertrags auf Anfordern der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unmittelbar an die Lebensversicherungsunternehmung abzuführen.

III. Eine Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente gilt als gesichert (392 Abs. 3 Nr. 3 a. a. O.), wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. Die Forderung aus der Versicherung zu demjenigen Teile, welcher dem gekürzten Betrage der reichsgesetzlichen Arbeiterzuschüsse entspricht, muß vorbehaltlos und endgültig abgetreten sein.

2. Für den Fall, daß der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag erfüllt, muß der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Erfüllung der vereinbarten Leistung gewiß sein.

3. Die Versicherung muß rückkaufsfähig sein.

4. Der Versicherte hat nachzuweisen, daß die Versicherungsunternehmung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte das Recht einräumt, den ihr abgetretenen Teil der Versicherung durch Zahlung der entsprechenden Prämie auch dann aufrecht zu erhalten, wenn der übrige Teil infolge Nichtzahlung der Prämie verfällt.

Ist nach dem Versicherungsvertrage die Aufrechterhaltung eines Teils der Versicherung nicht möglich, und wird ein solches Recht auch auf Ansuchen nicht eingeräumt, so hat der Versicherte bei der Abtretung der Forderung aus der Versicherung zu erklären, daß er für den Fall, daß er die Prämie nicht zahlt, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte das Recht einräumt, in alle Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag einzutreten. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat dafür dem Versicherten bei Fälligkeit der Versicherungsleistung denjenigen Betrag auszuzahlen, welcher den für ihn früher an die Versicherungsunternehmung geleisteten Prämien entspricht.

5. Der Angestellte hat der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte aus seiner Versicherung einen nach der Formel

$$S = \frac{b \cdot R}{P}$$

zu berechnenden Teil abzutreten. (Hierin bedeuten S den abzutretenden Teil, b den weitergezahlten Beitragsteil, R den Barwert der zukünftigen Prämienzahlung im Jahresbetrag 1 und P die einmalige Nettoprämie für die Versicherungsleistung 1.) Als Rechnungsgrundlagen gelten die für die Tarifberechnungen der Lebensversicherungsunternehmung bei Abschluß der Versicherung maßgebend gewesenen Grundlagen; sind diese nicht zu beschaffen, so ist die Tafel M und W I der 23 deutschen Lebensversicherungsgesellschaften und ein Zinsfuß von $3^1/_2$ % vom Hundert zu verwenden.

IV. Dem Antrag sind außer den unter Nr. II 2, III 4 bezeichneten Nachweisen und Erklärungen beizufügen:

a) Der Versicherungsschein (Aufnahmeschein und dergleichen) und die zugehörigen Versicherungsbedingungen,

b) der Nachweis über die Zahlung der zuletzt

Digitized by Google

fällig gewesenen Prämie oder den zuletzt fällig gewesenen Mitgliedsbeitrag,

c) die Versicherungskarte,

d) der Nachweis dafür, daß der Arbeitgeber bereits vor dem unter Nr. II 1 bezeichneten Zeitpunkt den Zuschuß geleistet hat.

Die Reichsversicherungsanstalt kann weitere Unterlagen zur Klarstellung des Antrags verlangen.

V. Die Lebensversicherungsunternehmungen haben der Reichsversicherungsanstalt außer in den Fällen der Nr. II 2 für die Abführung der Beiträge eine Vergütung von 1 vom Hundert der überwiesenen Beträge zu zahlen. Alle sonstigen aus Überweisungsanträgen entstehenden Kosten trägt der Antragsteller.

VI. Mit Lebensversicherungsunternehmungen, die Fabrik-, Betriebs-, Haus, Seemanns- und ähnliche Kassen für eine oder mehrere Unternehmungen sind und nicht zu den Zuschußkassen oder öffentlich-rechtlichen Pensionskassen (§§ 365, 387, 389 a. a. O.) gehören, vereinbart die Reichsversicherungsanstalt die Bedingungen, unter denen die von den Arbeitgebern an ihren Zuschüssen gekürzten Beiträge weitergezahlt werden können.

Zur Erläuterung dieser Ausführungsvorschriften dienen folgende in der „Angestelltenversicherung" 1913 S. 70 ff. mitgeteilten Ausführungen:

Die Vorschriften setzen voraus, daß es sich um Versicherungen bei Lebensversicherungsunternehmungen handelt, die den Angestellten berechtigt hätten, einen Antrag auf Befreiung von der Beitragspflicht nach § 390 zu stellen (§ 392 Abs. 2). Es ist nicht notwendig für die Anwendbarkeit des § 392, daß der Angestellte sich tatsächlich von der Beitragsleistung zur Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat befreien lassen. Die Vorschriften setzen weiter voraus, daß der Arbeitgeber den Zuschuß zu den Beiträgen (Prämien) für die Versicherung des Angestellten in den Fällen des § 390 Abs. 1 schon vor dem 5. Dezember 1911 und in den Fällen des § 390 Abs. 2 vor dem Eintritt in die Versicherungspflicht geleistet hat.

Die erste Ausführungsbestimmung regelt die Frage, welcher Betrag von dem Beitragsanteil des Arbeitgebers zur Weiterzahlung an die Lebensversicherungsunternehmung in Betracht kommen kann. Das Gesetz geht davon aus, daß der Arbeitgeber und der Angestellte den ihnen auferlegten Beitrag beim Inkrafttreten des Gesetzes in irgend einer Form zur Fürsorge für den Angestellten entrichten; es setzt also voraus, daß der Angestellte eine Versicherung in einer solchen Höhe abgeschlossen hat, welche mindestens seinem Beitragsteil bei Inkrafttreten des Gesetzes entspricht, wenn er nach § 390 von der Beitragspflicht zur Reichsversicherungsanstalt befreit sein will. Der Beitragsteil des Arbeitgebers soll der Reichsversicherungsanstalt zufließen, die nach § 392 Abs. 1 dafür die halben Leistungen des Gesetzes gewähren muß. Demnach wird höchstens derjenige Betrag vom Beitragsteil des Arbeitgebers für die Weiterzahlung an die Lebensversicherungsunternehmung in Betracht kommen können, welcher über das gesetzliche Maß des Beitragsteils des Angestellten hinausgeht, d. h. höchstens der Unterschied zwischen der Prämie für die Lebensversicherung und dem Beitragsteil des Arbeitgebers. Wenn also z. B. ein Angestellter Versicherungen mit einer Jahresprämie von 150 M. abgeschlossen hatte, von der bisher der Arbeitgeber und er je die Hälfte trugen, und würde der Angestellte nach seinen Gehaltsbezügen bei Inkrafttreten des Gesetzes der Gehaltsklasse H (Beitrag des Angestellten und des Arbeitgebers je 120 M.) angehören, so könnte der Angestellte den Antrag auf Befreiung von der Beitragsleistung nach § 390 stellen. Wenn er den Antrag auf Weiterzahlung des Arbeitgeberzuschusses aus den Beitragsteilen des Arbeitgebers stellt, so kann dem nur für den Betrag von 150 M. — 120 M. = 30 M. entsprochen werden. Da er bisher nur 75 M. aus eignen Mitteln aufbrachte, so fehlen ihm jetzt zur vollen Versicherungsprämie 120 M. — 75 M. = 45 M. Wie diese aufgebracht werden, bleibt der Vereinbarung zwischen dem Angestellten und seinem Arbeitgeber überlassen. Wenn der Angestellte den Arbeitgeber wechselt, und der neue Arbeitgeber sich nicht an der Prämienzahlung für die Lebensversicherung beteiligt, so wird die Reichsversicherungsanstalt, die auch ein Interesse an der Aufrechterhaltung der Versicherung hat, erwägen, ob und in welcher Weise sich die Fortzahlung der Versicherungsprämie ermöglichen läßt.

Der an die Lebensversicherung weitergezahlte Bruchteil aus dem Arbeitgeberbeitrage würde sich immer mit dem Uebergang des Angestellten in eine andere Gehaltsklasse ändern. Aenderungen, welche durch Steigen oder Fallen im Jahresarbeitsverdienste hervorgerufen werden, sind aber rechnerisch nicht faßbar und machen eine vorherige Bestimmung des Teiles der Versicherung unmöglich, der dem weitergezahlten Betrage entspricht. Deshalb mußte vorgeschrieben werden, daß die weiterzuzahlenden Beträge für die ganze Dauer der Weiterzahlung unverändert bleiben. Die Weiterzahlung des Bruchteils aus dem Arbeitgeberbeitrag ist an die Bedingungen geknüpft, daß die Versicherung noch in einer dem § 390 entsprechenden Höhe besteht, und daß der Versicherungsschein hinterlegt wird (§ 392 Abs. 3 Nr. 1, 2). Das für die Weiterzahlung einzuschlagende Verfahren wird sich nach den Bedingungen des Versicherungsvertrags richten müssen, der mit der Lebensversicherungsunternehmung abgeschlossen worden ist. Die Prämien an die Lebensversicherungsunternehmungen sind in der Regel jährlich im voraus fällig, während die gesetzlichen Beiträge in monatlichen Raten spätestens bis zum 15. des auf den Beitragsmonat folgenden Monats gezahlt werden. Wollte man die an die Lebensversicherung weiterzuzahlenden Beträge aus den monatlichen Beiträgen des Arbeitgebers zahlen, so würde eine wesentliche Störung des Versicherungsvertrags entstehen, die von der Lebensversicherungsunternehmung kaum zugestanden werden wird und nach ihren Tarifen auch nicht zugestanden werden kann. Es ist deshalb als Vorbedingung für die Weiterzahlung vorgesehen, daß auch der aus dem Beitragsteile des Arbeitgebers zur Verfügung stehende Prämienteil vom Arbeitgeber nach den Vorschriften des Versicherungsvertrags über die Prämienzahlung weitergezahlt wird. An die Reichsversicherungsanstalt ist dann lediglich das Mehr zu zahlen, um welches der reichsgesetzliche Arbeitgeberbeitrag den weiterzuzahlenden Zuschuß übersteigt. Dieser Betrag wird in monatlichen Teilbeträgen wie sonst fällig. Der Arbeitgeber wird sich zu diesem Zahlungsverfahren verpflichten müssen.

Die Reichsversicherungsanstalt hat unter allen Umständen aus den Beitragsteilen des Arbeitgebers den Angestellten die halben gesetzlichen Leistungen zu gewähren. Wenn nun Bruchteile des Beitragsteils des Arbeitgebers an eine Lebensversicherungsunternehmung weitergezahlt werden, so muß der Angestellte einen Teil der Forderung aus seinem Versicherungsvertrage mit der Lebensversicherungsunternehmung an die Reichsversicherungsanstalt abtreten. Die Abtretung erfolgt nur in

Digitized by Google

solcher Höhe, daß die Reichsversicherungsanstalt für die Leistungen, die den weitergezahlten Beträgen entsprechen, die erforderliche Deckung erhält. Die Reichsversicherungsanstalt nimmt also für den weitergezahlten Beitragsteil gleichsam eine Versicherung genau derselben Art wie sie der Angestellte bei der Lebensversicherungsunternehmung genommen hat. Die Prämie wird sich natürlich nach dem Alter des Angestellten am Tage der Abtretung eines Teiles seiner Forderung aus dem Versicherungsvertrage richten. Wie dieser Teil zu berechnen ist, gibt die Formel an. Hat z. B. ein Angestellter im Alter von 32 Jahren bei einer Lebensversicherungsunternehmung eine Versicherung über 6000 M., zahlbar beim Tode, gegen eine jährliche lebenslänglich zahlbare Prämie von 150 M. genommen und beantragt im Alter von 52 Jahren die Weiterzahlung eines Bruchteils von jährlich 30 M. aus dem Beitragsteile seines Arbeitgebers, so würde der Formel entsprechend für diese 30 M. im Alter von 52 Jahren ein Kapital von 637,90 M. versichert werden können. Der Anspruch auf dieses Kapital würde der Reichsversicherungsanstalt abzutreten sein, die dafür bis zum Tode des Angestellten jährlich 30 M. an die Lebensversicherungsunternehmung auch dann abführen muß, wenn der Arbeitgeber infolge Berufsunfähigkeit des Angestellten nicht mehr beitragspflichtig ist. Der Angestellte würde, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, vom Tage des Eintritts der Berufsunfähigkeit ab die halben Leistungen des Gesetzes beziehen.

Bei den mit den eigentlichen Lebensversicherungsunternehmungen abgeschlossenen Versicherungen deckt die im Einzelfall aus dem abgetretenen Teil fällig werdende Leistung nicht immer die der Reichsversicherungsanstalt obliegende Verpflichtung; die Reichsversicherungsanstalt wird an einem Teil der ihr abgetretenen Versicherungen Einbuße erleiden, aus einem anderen Ueberschüsse erzielen. Um diese Schwankungen wenigstens in gewissem Grade abzuschwächen, war die Bestimmung erforderlich, daß die Forderung aus der Versicherung vorbehaltlos und endgültig abgetreten werden muß. Diese Bestimmung ist auch aus versicherungstechnischen Gründen notwendig. Denn für die Berechnung der Beiträge zur Angestelltenversicherung war der Gesichtspunkt maßgebend, daß die Beiträge derjenigen Versicherten, die vor Beginn der Leistungspflicht der Reichsversicherungsanstalt ausscheiden, zugunsten der Gesamtheit der Versicherten verfallen. In gleicher Weise ist auch hier, wo an die Stelle von Beitragsteilen des Arbeitgebers eine Forderung an die Lebensversicherungsunternehmung getreten ist, ein Verfall dieser Forderung zugunsten der Gesamtheit der Versicherten zur Bedingung zu machen. Demzufolge findet eine Rückübertragung in keinem Falle statt.

Da die Reichsversicherungsanstalt unbedingt eine Gegenleistung für die weitergezahlten Beträge haben muß, war ferner notwendig zu bestimmen, daß nur aus solchen Versicherungsverträgen ein Teil abgetreten werden kann, bei denen feststeht, daß der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers zur Leistung gewiß ist, d. h. daß die Reichsversicherungsanstalt und der Versicherungsnehmer eine bare Zahlung von der Lebensversicherungsunternehmung erhalten muß, vorausgesetzt, daß der Versicherungsnehmer seine vertraglichen Verpflichtungen erfüllt. Eine Gewißheit ist z. B. dann nicht gegeben, wenn es sich um Versicherungen auf den Invaliditätsfall oder um Erlebensfallversicherungen handelt. Aber auch bei jenen Versicherungen besteht die Gefahr, daß die Reichsversicherungsanstalt für die ihr aus den weitergezahlten Beiträgen obliegenden Verpflichtungen nicht oder doch nur ungenügend gedeckt ist, wenn der Angestellte seine Versicherung vorzeitig aufgibt. Ganz werden sich Verluste allerdings nicht vermeiden lassen; um sie jedoch auf ein geringeres Maß zu beschränken, hat die Reichsversicherungsanstalt nur auf solche Versicherungen weiterzuzahlen, welche bereits rückkaufsfähig sind. Das Gesetz über den Versicherungsvertrag schreibt nämlich in den §§ 173, 176 folgendes vor:

Hat das Versicherungsverhältnis mindestens drei Jahre bestanden und ist die Prämie für diesen Zeitraum bezahlt, so hat der Versicherer bei einer Kapitalversicherung für den Todesfall, die in der Art genommen ist, daß der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiß ist, im Falle der Aufhebung des Versicherungsvertrags durch Rücktritt oder Kündigung den Betrag der auf die Versicherung entfallenden Prämienreserve (mit einem angemessenen Abzuge) zu erstatten.

Im allgemeinen werden die Versicherungen, für die eine Weiterzahlung aus dem Beitragsteile des Arbeitgebers beantragt wird, bereits rückkaufsfähig sein. Sind sie es noch nicht, weil das Versicherungsverhältnis noch nicht die vertragsmäßige Zeit hindurch bestanden hat, so wird der Antrag auf Ueberweisung gemäß § 392 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte erst nach Ablauf dieser Zeit gestellt werden können. Das wird voraussichtlich bei allen Versicherungsverträgen, die unmittelbar vor dem 5. Dezember 1911 abgeschlossen sind, im Laufe des Jahres 1914 der Fall sein.

Die Reichsversicherungsanstalt muß aber auch gegen die Nachteile geschützt werden, die ihr entstehen, wenn der Versicherte seine Versicherung infolge Nichtzahlung der Prämien verfallen läßt. Hierfür genügt nicht in jedem Falle, daß die Versicherung, von der ein Teil abgetreten wird, rückkaufsfähig ist, denn der Rückkaufspreis des abgetretenen Teils kann niedriger sein als der Wert der aus den weitergezahlten Beträgen der Reichsversicherungsanstalt erwachsenen Verpflichtungen. Deshalb ist der Reichsversicherungsanstalt das Recht einzuräumen, den abgetretenen Teil der Versicherung unabhängig von dem Fortbestehen der übrigen Versicherung fortzusetzen.

Da aber viele Lebensversicherungsunternehmungen einen teilweisen Rückkauf oder die Umwandlung eines Teiles der Versicherung in eine prämienfreie Versicherung nicht gewähren oder von dem Bestehenbleiben einer Mindestsumme abhängig gemacht werden, so läßt sich eine Sicherung der Reichsversicherungsanstalt in solchen Fällen nur dadurch herbeiführen, daß der Versicherte der Reichsversicherungsanstalt das Recht einräumt, in alle Rechte und Pflichten aus der ganzen Versicherung einzutreten. In diesem Falle darf die Reichsversicherungsanstalt selbstverständlich die Versicherungsleistung bei deren Fälligwerden nur soweit in Anspruch nehmen, als die Prämien nicht vor ihrem Eintreten in die Beitragsleistung für den Versicherten gezahlt sind. Derjenige Teil der Versicherungsleistung, welcher den früher vom Angestellten selbst oder für ihn etwa vom Arbeitgeber gezahlten Prämien entspricht, ist dem Versicherten oder seinen Erben nachträglich auszuzahlen.

Private Pensionskassen und öffentlich-rechtliche Pensionskassen werden durch die Bestimmungen unter III Nr. 2 der Bekanntmachung von der Anwendung des § 392 Abs. 3 a. a. O. ausgeschlossen, weil bei ihnen der Eintritt der Pflicht des Versicherers zur Erfüllung der vereinbarten Leistung nicht gewiß ist, weil nämlich der Versicherungsfall (der Eintritt der Berufsunfähigkeit oder eine Hinterlassung von Unterstützungsberechtigten) nicht notwendig in allen Fällen eintreten muß. Es ist jedoch dringend erwünscht, daß auch bei Versicherungen in diesen Kassen die Weiterzahlung des Arbeitgeberbeitrags nicht ausgeschlossen wird. Deshalb ist die Möglichkeit von Vereinbarungen unter den Beteiligten offen gehalten.

Wegen der Verschiedenheit der Verhältnisse bei den in Rede stehenden Kassen war der Erlaß genereller Bestimmungen nicht durchführbar; deshalb mußte die Regelung auf die Einzelfälle beschränkt werden.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Unfallvergiftungen als Betriebsunfälle.

Professor Lewin hat „Obergutachten über Unfallvergiftungen dem Reichsversicherungsamt und anderen Gerichten erstattet", in Buchform erscheinen lassen (Leipzig, Veit & Co. 1912, Preis 10 M.). An der Hand dieses Buches bringt die Wiener Zeitschrift „Arbeiterschutz" (Nr. 6 S. 131 ff.) längere Ausführungen über Unfallvergiftungen, die wie folgt schließen:

„Die Betriebsvergiftungen können zweierlei Natur sein. Sie können gleichsam ununterbrochen durch monatelange Betriebstätigkeit erzeugt werden, und dann haben wir die sogenannten chronischen Vergiftungen, als deren bekannteste ich die chronische Bleivergiftung mit ihren Formen der Kolik, der Gelenkschmerzen, der Lähmungen und des Gehirnleidens, die chronische Quecksilbervergiftung mit ihren Formen der Munderkrankung, des Zitterns, der Lähmungen und die chronische Phosphorvergiftung in der Form des Kieferbrandes nenne. Die Vergiftungen können aber auch als akute Vergiftungen durch eine kurz dauernde Ursache, einen Unfall im engeren Sinne des Wortes entstehen. So z. B. atmete ein Hüttenaufseher plötzlich Hüttenrauchgase ein, die Bleioxyd und arsenige Säure enthielten: ein Fabrikarbeiter atmete beim Bedienen der Schleuder herabfallenden Staub von Paranitroanilin durch fünf Stunden ein und starb am nächsten Morgen plötzlich; daneben noch zahlreiche andere kurzdauernde Ursachen, z. B. Verweilen in Benzoldämpfen durch höchstens acht Minuten, Platzen von Rohrleitungen, Einatmung von Sprenggasen usw.

Eine der wichtigsten Fragen ist, wann eine solche Vergiftung als Betriebsunfall, wann als Gewerbekrankheit aufgefaßt werden soll. Eine Entscheidung dieser Frage aus der Art der Vergiftungssymptome heraus würde nicht immer zum Ziele führen, da akute und chronische Vergiftungen ähnliche Symptome darbieten können. Wir müssen uns daher zuerst an die Definition des Begriffs Betriebsunfall selbst halten. Es wird verlangt, daß die Schädigung auf ein plötzliches, das heißt zeitlich bestimmbares, in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis zurückführbar sei.

Was den Begriff der „zeitlichen Bestimmbarkeit" anlangt, so gibt Lewin mit Recht an, daß diesbezüglich ein Unterschied zwischen Unfall durch mechanische Verletzung und Unfall durch Vergiftung Platz greifen kann. Die erstere vollzieht sich stets für das Opfer bemerkbar, die letztere kann ganz unbemerkt eintreten und nur dann dem Beschädigten zum Bewußtsein kommen, wenn die Folgen so schwerer Natur sind, daß er als Kranker Hilfe suchen muß. Die Unfallvergiftungen können also den Vergiftungen als Gewerbekrankheit darin gleichen, daß die zeitliche Bestimmbarkeit des Ereignisses durch den Beschädigten selbst nicht immer genau möglich ist.

So bleibt denn als wichtiger Teil der Definition der Begriff der Plötzlichkeit. Früher sprach man von einem jäh hereinbrechenden Ereignis. Jäh muß das Ereignis nicht hereinbrechen; es kann langsam sich gleichsam von nichts aus entwickeln. So bemerkte ein Arbeiter beim Reinigen eines Benzolkessels, daß es aus einem zu einem anderen Kessel führenden Rohre etwas tropfte und daß das Tropfen immer stärker und stärker wurde. Dadurch wurde eine tödliche Vergiftung erzeugt. Auch bei der Einatmung von Kohlenoxyd kann man nicht von „jäh" reden, wenigstens nicht in bezug auf das Einatmen; denn dasselbe beginnt mit minimalen Beimischungen von Kohlenoxyd zur Atemluft und kommt erst nach und nach zu größeren, vergiftungserzeugenden Konzentrationsgraden. Ebenso kann wohl nicht von einem jähen Ereignis die Rede sein, als ein Arbeiter durch die bei der Benutzung einer Gasätherlampe entstandenen Produkte vergiftet wurde, bei welcher er als Lichtquelle zwei Tage gearbeitet hatte. Desgleichen nicht, als ein Werkmeister durch $7^1/_2$ Stunden Gummifliesen legte und als Klebemittel dabei eine Zeitlang in Schwefelkohlenstoff gelösteten Gummi verwendete und abends plötzlich der Schwefelkohlenstoffeinwirkung erlag. Der Begriff des Jähen und Plötzlichen ist von körperliche Verletzungen nach sich ziehenden Unfällen hergenommen und paßt sehr oft nicht auf die Entstehungsart auch solcher Vergiftungen, deren Unfallsnatur nicht in Abrede gestellt wird.

Aus den vorgebrachten Beispielen geht auch hervor, daß bei den Vergiftungen der Teil der Definition des Betriebsunfalls, der von einem in verhältnismäßig kurzem Zeitraum eingeschlossenen Ereignis spricht, anders als bei Körperverletzungen gedeutet werden muß. Bei letzteren handelt es sich um Sekunden oder Minuten, bei ersteren fanden wir eine Ereignisdauer von Stunden, ohne daß dadurch die Vergiftung ihres Charakters als Betriebsunfall entkleidet worden wäre. Auch noch weiter gesteckte Zeitgrenzen finden sich in den Obergutachten. Tatsächlich hat sich auch das Reichsversicherungsamt ähnliche Anschauungen zu eigen gemacht. Es sieht eine Körperbeschädigung noch als einen entschädigungspflichtigen Unfall an, wenn sie an einem Tag, beziehungsweise in einer Arbeitsschicht zustande kam, und hat sogar in einzelnen Vergiftungsfällen eine länger dauernde Einwirkung einer Schädlichkeit auf den Arbeiter in der gleichen Weise beurteilt.

Dadurch, daß man diese Anschauung als berechtigt erklärt, kommt man in ein Dilemma. Denn man findet keine deutliche Grenze, wo der Charakter einer Vergiftung als Unfall aufhört und als Gewerbekrankheit beginnt. Denn tatsächlich fließen die Grenzen ineinander und es finden sich Vergiftungen, deren Entstehung auf die Einwirkungsdauer der Gifte zurückzuführen ist, die eine kontinuierliche Kette von wenigen Minuten bis Tagen bilden. Warum soll der eine Vergiftete mit einer etwas längeren Einwirkungsdauer schlechter daran sein als der andere Vergiftete mit einer nicht erheblich kürzeren Einwirkungsdauer? Warum soll letzterer eine Unfallsrente bekommen, ersterer nicht? Zumal bekannt ist, daß jede Vergiftung schon vorhandene Leiden in ähnlicher Weise unverhältnismäßig rasch und stark zu steigern vermag, wie wir dies bei Unfällen überhaupt sehen.

Diese und andere Erwägungen veranlaßten Lewin schon früher die auch in seinem Obergutachten wiederholte Forderung aufzustellen, alle Betriebsvergiftungen seien als Unfälle zu bewerten. Mit dieser Forderung steht er nicht allein. Auch andere Autoren — ich erinnere nur an Teleky — haben sie aufgestellt. Zwar widerstreben ihr noch die Juristen, während Aerzte und Sozialpolitiker sie berechtigt finden. Aber es steht zu erwarten, daß die Macht der Tatsachen, die schon manche juristische Anschauung zu Boden geworfen, auch so stark werden wird, daß nicht mehr dogmatische Anschauungen die Rechtsprechung in Unfallssachen beherrschen werden." — —

Ueber Vergiftungen als Gewerbekrankheiten siehe Handbuch der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 70, 71. Die Reichsversicherungsordnung ermächtigt im § 547

Digitized by Google

den Bundesrat, die Unfallversicherung auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten auszudehnen und für die Durchführung besondere Vorschriften zu erlassen. Dabei dürften Vergiftungen in erster Reihe in Betracht kommen. Bisher ist ein solcher Beschluß noch nicht erlassen.

Nach § 1596 RVO.

kann im Einspruchsverfahren gegen den Bescheid des Trägers der Unfallversicherung der Verletzte verlangen, daß ein von ihm bezeichneter Arzt, insbesondere also — was oft von größter Wichtigkeit ist — sein behandelnder Arzt als Gutachten vernommen wird, wenn er die Kosten im voraus entrichtet. Diese Bedingung entwertet das dem Verletzten gegebene Recht in vielen Fällen. Hierauf macht die „Soziale Praxis" (22 Nr. 31 Sp. 890) mit Recht aufmerksam, indem sie bemerkt: „Ist es nun schon schwer genug, für die hier in Frage stehenden, doch nicht nur minderbemittelten, sondern fast immer völlig unbemittelten Personen auch nur die Kosten für ein ärztliches Zeugnis aufzubringen, so ist es geradezu unmöglich, die erhöhten Gebühren des Arztes aufzubringen. Mangels einer anderen Möglichkeit müßte deshalb hier zunächst die Armenpflege helfend eingreifen; bisher sind aber Anträge auf Gewährung von Geldmitteln zur Durchführung dieses zweifellos erheblichen Rechtes, soweit bekannt, von den Armenbehörden zurückgewiesen worden. Die Armenverwaltungen haben jedoch selbst das allergrößte Interesse daran, daß den Unbemittelten der hier gegebene Weg zum Erfolg eröffnet wird. Denn fast jeder zurückgewiesene Rentenanspruch bedingt die Gewährung von Armenunterstützung und damit den Verlust größerer Beträge aus öffentlichen Mitteln. Deshalb sollten weitschauende Gemeindeverwaltungen die Armenbehörden anweisen, wenigstens dann die zur Vernehmung des gewünschten Arztes erforderlichen Mittel zur Verfügung zu stellen, wenn Aussicht besteht, daß das Gutachten des Arztes zu dem erhofften Erfolge führe. Darüber, ob eine solche Aussicht besteht, könnten ja die Armenbehörden gegebenenfalls die öffentlichen Rechtsauskunftsstellen um ein Gutachten ersuchen."

Beiträge zur Angestelltenversicherung für Krankheitszeiten.

In den Kreisen der Angestellten und ihrer Arbeitgeber ist vielfach die Meinung verbreitet, daß für Zeiten der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit des Angestellten Beiträge zur Angestelltenversicherung schlechthin nicht zu entrichten seien. Dies ist ein Irrtum. Allerdings bestimmt § 51 AVG., daß als Beitragsmonate im Sinne der §§ 15, 49 die Kalendermonate angerechnet werden, in denen der Versicherte wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen. Dies gilt aber zunächst eben nur „im Sinne der §§ 15, 49", d. h. nur für die freiwillige Versicherung und für die Erhaltung der Anwartschaft. Als Beitragsmonate für die Berechnung der Leistungen gelten nach § 171 nur die Kalendermonate, für welche Beiträge tatsächlich entrichtet sind. Ueberdies bestimmt § 170 Abs. 2 ausdrücklich, daß für Krankheitszeiten, in denen der Versicherte das Gehalt fortbezogen hat, die Beiträge in gleicher Weise zu entrichten sind, wie sonst für Zeiten, in welchen eine versicherungspflichtige Beschäftigung stattgefunden hat. Wird aber für die Zeit, in welcher der Versicherte wegen Krankheit dienstunfähig war, Gehalt nicht gezahlt, so entfällt allerdings insoweit auch die Beitragspflicht, und zwar so, daß, wenn die Krankheitszeit nur einen Teil des Kalendermonats ausfüllt, der Beitrag für den übrigen Teil sich nur nach dem gezahlten Entgelt bemißt (§ 177).

Eine sonderbare ärztliche „Krankenkassenordnung".

Die Delegiertenversammlung der ärztlichen Lokalvereine des Regierungsbezirks Arnsberg hat eine Krankenkassenordnung aufgestellt, die folgende Bestimmung enthält:

> Die Krankenkassenordnung ist auf dem Prinzip der freien Arztwahl aufgebaut, jedoch mit der Einschränkung, daß dieselbe erst vom 1. Juli 1913 ab nach den in der Krankenkassenordnung vorgesehenen Richtlinien in Kraft tritt. Alle vor diesem Zeitpunkt abgeschlossenen Verträge werden von ihr nicht berührt. Mit anderen Worten: Alle Kollegen, die vor dem 1. Juli 1913 Inhaber einer fixierten Kassenarztstelle waren, dürfen dieselbe bis zu ihrem Ableben resp. bis zur freiwilligen Niederlegung behalten; alle nach dem 1. Juli 1913 hinzutretenden Kollegen müssen die Stelle niederlegen, sobald dieselbe durch den Tod des letzten vor dem 1. Juli 1913 angestellt gewesenen Kollegen oder freiwillige Niederlegung frei geworden ist.

In Nr. 9 der „Deutschen Medizinischen Presse" beleuchtet Dr. Busch diese eigenartige Regelung durch folgende Bemerkungen:

„Der tiefe Sinn dieser Weisheit könnte dem einen oder anderen der gewöhnlichen Sterblichen unklar bleiben, daher ein Beispiel: An einer Kasse seien vor dem 1. Juli 1913 zehn Aerzte tätig. Wenn nun von diesen zehn Inhabern keiner mehr vorhanden ist, also vielleicht nach 30 bis 40 Jahren, verfällt die Kasse der freien Arztwahl, und zu diesem Zwecke müssen dann die in diesen 30 bis 40 Jahren neu angestellten Kassenärzte ihre Stellen niederlegen. Diesen Neuangestellten wird also eine Pflicht auferlegt, die sie ev. nach 30 bis 40 Jahren zu erfüllen haben. Ob dann die Welt noch steht oder nicht, spielt keine Rolle, sie haben ihrer Pflicht nachzukommen, es sei denn, daß sie es vorziehen, aus der Aerzteorganisation, der gegenüber sie sich verpflichtet haben, — diese hat natürlich bis dahin unverändert fortzubestehen, — zeitig genug auszutreten.

In der Tat, die Leipziger Schule — denn wo die freie Arztwahl als oberstes Gesetz aufgestellt wird, ist immer der Leipziger Verband mit im Spiele — kann stolz sein auf solche Erfolge, sie kann sich rühmen, die deutsche Aerzteschaft zu schwindelnden Höhen sozialpolitischer Einsicht emporgeführt zu haben.

Die Aerzteschaft wird nolens volens die Anerkennung der Welt hierfür einstecken müssen; der Urheber der geschilderten einzig schönen Idee aber — er soll in Dortmund sitzen — müßte zur Beglückung kommender Geschlechter schleunigst mit der Ausarbeitung von Gesetzen für das 21. oder 22. Jahrhundert beauftragt werden.

Verbot öffentlicher Anzeigen von Heilmitteln.

Die „Münchener Medizinische Wochenschrift" bemerkt hierüber in Nr. 18: „Durch Kaiserliche Verordnung vom 22. Oktober 1901 ist bekanntlich der Verkehr mit Arzneimitteln geregelt und es dürfen Arzneizubereitungen (mit gewissen Ausnahmen) nur in Apotheken verkauft werden. Diese Verordnung hat nun der Berliner Polizeipräsident Herr v. Jagow durch eine Polizeiverordnung vom 1. August 1912 ergänzt, durch die es verboten ist, Heilmittel und Stoffe, deren Verkauf den Apotheken vorbe-

Digitized by Google

halten ist, öffentlich anzuzeigen. Dagegen wäre nichts einzuwenden, wenn sich dieses Verbot auf die Ankündigung in der allgemeinen Presse beschränken würde: denn die Ankündigung differenter Heilmittel in den Tagesblättern ist sicher unerwünscht. Die Polizeiverordnung enthält aber eine solche Beschränkung nicht; sie wird vielmehr so aufgefaßt, daß auch die Ankündigung in Fachblättern verboten sei. Tatsächlich sind schon eine Anzahl Redaktionen medizinischer Fachblätter wegen Verstoßes gegen die Polizeiverordnung denunziert und zur Rechenschaft gezogen worden. Auch die Redaktion dieser Wochenschrift hatte sich dieser Tage wegen der Aufnahme von Anzeigen wie: Antistreptokokkenserum, Alttuberkulin, Chloräthyl, Thilo, Stovain u. a. vor dem Untersuchungsrichter zu verantworten. Es ist wohl kein Zweifel, daß die Berliner Polizeiverordnung in ihrer Ausdehnung auf die Fachpresse unhaltbar ist. Denn die Ankündigung neuer Arzneimittel ist für die Aerzte unentbehrlich und ihre Unterbindung würde eine schwere Hemmung des Fortschrittes der Heilkunde bedeuten. Es ist daher nötig, daß die Verordnung des Berliner Polizeipräsidenten mit allen Mitteln bekämpft wird. In ihrem Kampf gegen die Auswüchse des Reklamewesens sind die Aerzte bisher ohne jede behördliche Unterstützung geblieben, um so unverständlicher ist der hier entfaltete Uebereifer gegen die einwandfreien, berechtigten und notwendigen Ankündigungen der Fachpresse."

Wir bemerken dazu, daß die Verordnung auch für die allgemeine Presse eine schwere Belästigung und eine Gefahr bedeutet, weil die Redakteure des Anzeigenteils der Tageszeitungen doch kaum in der Lage sind, in jedem einzelnen Falle sicher festzustellen, ob die ihnen zur Veröffentlichung übermittelte Anzeige ein dem freien Verkehr überlassenes Heilmittel betrifft oder nicht.

Landwirtschaftliche Betriebskrankenkassen.

Die „Betriebskrankenkassen-Korrespondenz" vom 6. Mai 1913 enthält folgende Zuschrift: „Allgemein wird in den beteiligten Kreisen anerkannt, daß auf den Gütern die Betriebskrankenkassen die beste Form bilden für die Krankenversicherung der land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter wie des Gesindes, die nunmehr nach der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig werden. Die Betriebskrankenkassen entsprechen am meisten den in der Landwirtschaft überlieferten Verhältnissen, sie stellen eine in sich abgeschlossene Gemeinschaft dar, wie sie auf den Gütern seit Jahrhunderten besteht. Die Betriebskrankenkassen sind jedoch der Sozialdemokratie und den Arbeitergewerkschaften ein Dorn im Auge. Diese streben ja danach, die Arbeiter möglichst in Gegensatz zu ihren Arbeitgebern zu bringen und bekämpfen daher alle Einrichtungen, bei denen die Arbeitgeber einen gewissen Einfluß haben, so auch die Betriebskrankenkassen. Es ist daher auch nicht verwunderlich, daß der vor kurzem gegründete Zentralverband der Forst-, Land- und Weinbergsarbeiter, der den sog. christlichen Gewerkschaften angeschlossen ist, gegen die Errichtung von landwirtschaftlichen Betriebskrankenkassen Stellung genommen hat. Dieses Vorgehen beweist den Gutsherren, daß sie mit der Errichtung landwirtschaftlicher Betriebskrankenkassen den richtigen Weg eingeschlagen haben." — —

Daran ist richtig, daß solche Kassen den überlieferten Verhältnissen entsprechen, „wie sie auf den Gütern seit Jahrhunderten bestehen" — ganz unangekränkelt von fortschreitender Entwicklung und von den modernen Ideen der Selbstverwaltung und weitreichender sozialer Fürsorge. Das ist es, woran keineswegs nur die Sozialdemokraten und die Gewerkschaften Anstoß nehmen. Und vollends die Zwerggebilde, welche die Reichsversicherungsordnung nach den vom Entwurfe so erheblich abweichenden Kommissionsbeschlüssen zuläßt — Kassen für Betriebe, in denen nur 50 Versicherungspflichtige mindestens für zwei Monate im Jahre beschäftigt sein müssen (§§ 245, 247; Hahn, Handb. der Krankenversf. Anm. zu § 247 S. 345) — können modernen Ansprüchen an Selbstbestimmung und wirksame Krankenversicherung der Arbeiter unmöglich genügen. Sie sind aber geeignete Veranstaltungen, die Landarbeiter in ihrer Isolierung zu erhalten, sie vor der — ach, so verderblichen — Berührung mit anderen Berufsgruppen zu bewahren — in strengerer Isolierung noch als in den Landkrankenkassen.

Abkommen zwischen dem Deutschen Reich und Belgien über Unfallversicherung.

Anders als das umfassendere Abkommen mit Italien (Arb.-Versorgg. 1913 S. 303), beschränkt sich das am 1. Februar 1913 in Kraft getretene Abkommen mit Belgien v. 6. Juli 1912 (RGBl. 1913 S. 23) nur auf die Unfallversicherung, ähnlich wie die Verträge mit Luxemburg v. 2. September 1905 und mit den Niederlanden v. 27. August 1907 (vgl. Arb.-Versorgg. 1908 S. 109).

Für Betriebe, die in einem der beiden Länder ihren Sitz haben, ihre Tätigkeit aber auch in dem anderen Lande ausüben, gilt grundsätzlich das Gesetz des letzteren (Art. 1). Davon gelten folgende Ausnahmen: Oeffentliche Beamte eines übergreifenden Betriebes bleiben stets unter dem Recht des Betriebsitzes. Bei Beförderungsbetrieben, so besonders bei Schiffahrt, bei Eisenbahnen, für den beweglichen (fahrenden) Teil dieser Betriebe, ist das Recht des Betriebsitzes ausschließlich maßgebend, und zwar für das Personal dieses fahrenden Teils sogar für ihre Tätigkeit in den übrigen Teilen des Betriebes. Endlich bleiben bei allen übergreifenden Betrieben Personen, die in einem Betriebe mit dem Sitz in einem der beiden Länder beschäftigt sind und für diesen Betrieb in das andere Land entsandt werden, während der ersten sechs Monate noch unter dem Rechte des Betriebsitzes. Dies gilt besonders für Monteure und ähnliche vom Betriebe vorübergehend ins andere Land entsandte Personen (Art. 2 bis 6). Hat der Versicherungsträger des einen Landes nach dem Versicherungsgesetz dieses Landes Aufwendungen für einen Unfall gemacht, für den nach dem Abkommen der Versicherungsträger des anderen Landes versicherungsrechtlich aufzukommen hat, so kann der erstere Versicherungsträger dafür von dem letzteren Versicherungsträger aus der Entschädigung, die dieser an den Entschädigungsberechtigten zu leisten hat, unmittelbar Erstattung verlangen (Art. 7). Schadenersatzansprüche auf Grund des bürgerlichen Rechts des einen oder des anderen Landes unterliegen gleichmäßig den Einschränkungen, die das für den Unfall maßgebende Versicherungsgesetz aufstellt (Art. 8). Weiter enthält das Abkommen noch Bestimmungen allgemeiner Natur, namentlich auch über wechselseitige Rechtshilfe (Art. 9 bis 17).

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Kosten des Feststellungsverfahrens in der Unfallversicherung.

1. Nach Chemnitz. Antwort: Da § 59 Abs. 2 RVO. ausdrücklich die §§ 1591—1674, also auch § 1596 hervorhebt, so muß daraus entnommen werden, daß der Versicherungsträger auch die gemäß § 1596 entstandenen Kosten zu erstatten hat. Unter Spruchsachen sind offenbar nicht nur diejenigen Sachen zu verstehen, die im Spruchverfahren anhängig sind, sondern überhaupt alle, die in dieses übergeleitet werden können, sofern nur das nötige Rechtsmittel eingelegt wird. Die Tätigkeit des Versicherungsamts ist im Feststellungsverfahren der Unfallversicherung umfassender, als früher die der unteren Verwaltungsbehörde nach § 70 Abs. 2 GUVG., wonach diese lediglich die Aeußerung des Verletzten zu Protokoll zu nehmen und an die Genossenschaftsorgane weiterzugeben hatte. Unsere Ansicht wird übrigens auch vertreten von Stier-Somlo, RVO. Anm. 2 zu § 1596, Anm. 4 zu § 59.

Rechte der Kassenangestellten bei Schließung der Kasse infolge der Neuordnung.

2. Nach C. B. Antwort: In einem neuerlichen Erlasse des preuß. Handelsministers wird, in Uebereinstimmung mit dem Reichsamt des Innern, angenommen, daß es zurzeit bei den Krankenkassen (abgesehen von staatlichen und gemeindlichen Beamten) „Beamte" im Sinne der Reichsversicherungsordnung nicht gibt, weil darunter Personen, welche in der im § 359 Abs. 1 RVO. bezeichneten Art angestellt sind, nur dann verstanden werden dürfen, wenn die Anstellung mit Genehmigung des Oberversicherungsamts erfolgt ist. Obwohl nach den beiden Verträgen beide Angestellte lebenslänglich „wie Staats- oder städtische Beamte" und mit Pensionsberechtigung angestellt sind, sind sie doch nach dem bezeichneten Erlasse nicht als Beamte im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen. Auf sie findet daher nicht § 305 mit § 290, sondern § 302 mit Art. 32 Einf.Ges. Anwendung, d. h. ihr Vertrag endet mit Ablauf von zwölf Monaten von der Mitteilung des Auflösungsbeschlusses. Damit verlieren auch die Bestimmungen des Vertrages über die Pensionsberechtigung und über den Anspruch der Angestellten auf Uebernahme durch eine andere Kasse im Fall einer Organisationsveränderung die Gültigkeit. Es kommt nur noch der zweite Satz des Art. 32 Einf.Ges. in Betracht, wonach die Versicherungsträger geeignete Angestellte, die infolge der Neuordnung entbehrlich werden, bei Annahme von Hilfskräften „möglichst berücksichtigen sollen". Wenn hiernach auch ein erzwingbarer Rechtsanspruch auf Uebernahme nicht besteht, so hält doch der Minister die Befürchtung, „daß bei dieser Gelegenheit zahlreiche Angestellte brotlos werden könnten", im Hinblick auf Art. 32 nicht für begründet (vgl. Arb.-Versorgg. 1913 S. 130). Dies ist alles, was wir den Betroffenen zum Troste sagen können.

Behebung von Mängeln der Kassensatzung bei Zulassungs- und Ausgestaltungsanträgen.

3. Nach M. Antwort: Sie hätten Ihrer Anfrage das Kassenstatut und den Bescheid des Oberversicherungsamts beifügen sollen. Aus Ihren Angaben entnehmen wir nur, daß es sich um eine Kasse handelt, die schon vor Geltung des Krankenversicherungsgesetzes bestanden hatte und weiterhin auf Grund des § 85 KVG. fortbesteht. Näheres über den Mitgliederkreis ist nicht ersichtlich. Sie geben aber selbst an, daß die Kasse nach dem Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes ihren Mitgliederkreis erweitert hat. Das war unzulässig (vgl. Entsch. des preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 1903 S. 489, 1909 S. 622). Deshalb kann sie mit ihrem gegenwärtigen Mitgliederkreise keinesfalls zugelassen werden, und es kann nur in Frage kommen, ob die Zulassung erfolgen kann, wenn die Kasse ihren Mitgliederkreis durch Abänderung der Satzung wieder auf den früheren Umfang einschränken würde. Der preuß. Min.Erl. v. 4. November 1912 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 817) erklärt dies unter Ziff. III 2a nur dann für angängig, wenn die entsprechende Satzungsänderung bis zum 31. Dezember 1912 genehmigt worden ist. Warum, wenn nur der Zulassungsantrag bis zu diesem Tage gestellt ist, ein Mangel der Satzung nicht auch noch später sollte beseitigt werden können, ist nicht einzusehen, da die Wahrung der Frist doch eben nur für den Antrag geboten ist, die erforderlichen Aenderungen der Satzung aber nachgeholt werden können (Art. 17, 19, 21 Einf.Ges. z. RVO.). Deshalb halten wir eine Beschwerde schon gegen die Ablehnung des Zulassungsantrags für angebracht, falls die Kasse in der Lage ist, jene Einschränkung des Mitgliederkreises nachträglich zu bewirken, und wenn die Kasse im übrigen den §§ 239 bis 242 RVO. genügt. Noch weniger erscheint die Zurückweisung des Antrags auf Ausgestaltung nach Art. 15 Einf.Ges. begründet, wenn sie nur aus dem erwähnten Grunde erfolgt ist. Denn die Ausgestaltung erfordert ja eine Erweiterung des Mitgliederkreises. „Mängel in der Satzung einer Ortskrankenkasse, die ausgestaltet werden soll, können bei der Zulassung unberücksichtigt bleiben, wenn sie durch die mit der Ausgestaltung verbundene Aenderung des Mitgliederkreises beseitigt werden und sich die Ortskrankenkasse im übrigen zur Ausgestaltung besonders eignet" (vgl. den erwähnten Min.Erl. unter III 3).

Besetzung der Kassendienststellen durch übereinstimmende Beschlüsse nach § 349 Abs. 1 RVO. Geltung von Anstellungsverträgen über den 1. Januar 1914 hinaus.

4. Nach B. Antwort: Aus Ihren Angaben läßt sich nicht sicher entnehmen, ob Ihre im Jahre 1912 erfolgte Wahl zum Rendanten gültig ist. Sie konnte nur durch übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen im Vorstande erfolgen (§ 349 Abs. 1 RVO. mit Art. 38 Einf.Ges.), d. h. es mußte von jeder Gruppe die Mehrheit für Ihre Wahl stimmen. Da von den sechs Mitgliedern des Vorstandes jedenfalls höchstens zwei Arbeitgeber, die übrigen vier aber Kassenmitglieder waren, so ist Ihre Wahl gültig, wenn das einzige Vorstandsmitglied, welches dagegen stimmte, ein Kassenmitglied, dagegen ungültig, wenn es ein Arbeitgeber war. War die Wahl ungültig, so ist es auch der mit Ihnen abgeschlossene Vertrag. Dieser Mangel könnte nur durch einen neuen, dem § 349 Abs. 1 entsprechenden Beschluß beider Gruppen und dadurch, daß alsdann der Vorstand den bereits ge-

Digitized by Google

schlossenen Vertrag bestätigt, geheilt werden. Der Einholung der Genehmigung des Oberversicherungsamts bedarf es nicht, weil § 359 Abs. 1 einstweilen noch nicht gilt. Der Vertrag würde auch ohne solche Genehmigung über den 1. Januar 1914 hinaus gültig bleiben, sofern nicht etwa Art. 39 Einf.Ges. zutrifft.

Die hausgewerbliche Krankenversicherung in der Uebergangszeit.

5. Nach Eisleben. Antwort: Wenn eine Landkrankenkasse nicht errichtet wird, so gehören die Hausgewerbetreibenden in der Regel zur allgemeinen Ortskrankenkasse (§ 237 Abs. 2 RVO.). Zu einer besonderen Ortskrankenkasse gehören sie dann, wenn deren Satzung es bestimmt (§ 243). Das gilt namentlich, falls die oberste Verwaltungsbehörde gemäß § 488 genehmigt, daß die statutarische Bestimmung, die die Versicherung der Hausgewerbetreibenden bereits bei Verkündung der Reichsversicherungsordnung, d. h. am 1. August 1911 regelte, in Geltung bleibt. Dann sind sowohl das Ortsstatut, wie die auf Grund dessen erlassenen sonstigen Vorschriften maßgebend, die die Versicherung der Hausgewerbetreibenden regeln. Nach ihnen richten sich dann nicht bloß die Kassenzugehörigkeit, sondern auch Beitragsleistung und Unterstützung (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 1 zu § 488). Aber auch da, wo die weitere Geltung der bisherigen Regelung nicht genehmigt wird, können Hausgewerbetreibende, die am 1. Januar 1914 einer Ortskrankenkasse angehören, auch in Zukunft deren Mitglieder bleiben (Art. 29 Einf.Ges. z. RVO.). In diesem Falle kommen aber die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Arbeitgeberzuschüsse zur Anwendung. Diese sind daher vom Auftraggeber, gleichviel zu welcher Kasse der Hausgewerbetreibende gehört, an die Landkrankenkasse seines Betriebsitzes, und wenn für diesen eine solche nicht besteht, an die allgemeine Ortskrankenkasse zu zahlen (§§ 477, 473). Die einnehmende Kasse muß die Zuschüsse nach den näheren Vorschriften, die der Bundesrat noch über die hausgewerbliche Krankenversicherung zu erlassen hat, mit den beteiligten Kassen verrechnen (§ 492).

Familienhilfe durch Gewährung eines Zuschusses zu den Krankenpflegekosten.

6. Nach Stuttgart. Antwort: Allerdings ist es nach der Reichsversicherungsordnung nicht zulässig, statt der Krankenpflege für Familienmitglieder einen ein für allemal fest bestimmten Satz baren Geldes zu gewähren, wohl aber darf bestimmt werden, daß die Kasse nur einen Teil der Kosten bis zu einem Höchstbetrage übernehme. Denn da die Satzung Familienhilfe überhaupt nicht zuzubilligen braucht, so ist anzunehmen, daß sie, wenn sie diese zubilligt, doch deren Umfang beschränken darf. Der Teil der zu übernehmenden Kosten darf auch in Prozenten festgesetzt werden.

Ruhen der Beitragspflicht bei Krankenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung.

7. Nach Straßburg. Antwort: Wenn die Satzung bestimmt, daß die Beiträge im voraus für die volle Woche zu entrichten sind, so müssen sie gezahlt werden, falls die Erwerbsunfähigkeit erst nach Beginn der Woche eintritt oder vor deren Ablauf wieder endet, so daß tatsächlich regelmäßig die Beitragspflicht nur insoweit ruht, als die Krankenhilfe volle Kalenderwochen umfaßt. Allein diese Folge darf sich lediglich aus der Bemessung der Beiträge nach vollen Wochen ergeben, nicht aber durch eine besondere Vorschrift ausgesprochen werden, die, wie bei Ihrer Kasse beabsichtigt ist, lautet: „Bei Arbeitsunfähigkeit sind für die Dauer der Krankenhilfe, soweit diese volle Kalenderwochen umfaßt, keine Beiträge zu entrichten." Eine solche Bestimmung würde z. B. zur Folge haben, daß, falls das Mitglied im Laufe der Woche wieder erwerbsfähig wird, mit dem Eintritt der Erwerbsfähigkeit aber zu einer anderen Kasse übergeht, noch zur alten Beiträge für die Woche entrichten müßte. Das stände aber in Widerspruch mit § 383 RVO.

Unterschied zwischen Betriebsart und Erwerbszweig.

8. Nach Schwelm. Antwort: Unter einer mechanischen Werkstätte versteht man eine solche, in der mechanische Gegenstände, wie z. B. Meßinstrumente, hergestellt werden. Der Ausdruck kennzeichnet also, da er die Art der hergestellten Gegenstände angibt, einen Gewerbszweig, während die Betriebsart die Art der Herstellung und der bei dieser gebrauchten Hilfsmittel kennzeichnet.

Keine Mitwirkung des Kassenausschusses bei der Anstellung des Kassenpersonals.

9. Nach B. Antwort: Ueber den Anstellungsvertrag, der mit dem einzelnen Kassenangestellten abzuschließen ist, bestimmt der Vorstand allein ohne Mitwirkung des Ausschusses gemäß § 349 RVO.

a) Beginn der Wartefrist wegen des Krankengeldes. b) Beschwerde gegen Straffestsetzung des Vorstandes.

10. Nach Wiesdorf. Antwort: a) Die Wartefrist wegen des Krankengeldes beginnt nach der ausdrücklichen Vorschrift in § 6 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. mit dem Tage der „Erkrankung", d. h. dem Tage, an welchem objektiv das Bedürfnis einer Heilbehandlung oder schon Erwerbsunfähigkeit bestand. Lag also am Unfalltage, dem 4. März, bereits die eine oder die andere dieser Voraussetzungen vor, so hatte der Erwerbsunfähige schon vom 7. März ab Krankengeld zu fordern, auch wenn er erst am 6. März ärztliche Hilfe in Anspruch genommen hat.

b) Wird die Straffestsetzung des Vorstandes wegen einer Zuwiderhandlung gegen Verhaltensvorschriften durch Beschwerde nach § 76e KVG. angefochten, so steht der Aufsichtsbehörde die Prüfung nicht nur der Gesetzlichkeit, sondern auch der Angemessenheit und Billigkeit der verhängten Strafe zu, sie kann daher auch den Betrag einer an sich zulässigen Strafe herabsetzen. Vgl. Hahn, Abs. 2 der Anm. zu § 76e KVG. sowie Handb. der Krankenvers. S. 689 Anm. 3 Abs. 2 zu § 529 RVO.

a) Haftung für Sachschaden beim Krankentransport. b) Auseinandersetzung zwischen den Kassen und dem Arbeitgeber wegen Anmeldung bei der unzuständigen Kasse.

11. Nach Diez. Antwort: a) Daraus, daß die Kasse die Kosten der Verbringung des Verletzten ins Krankenhaus übernommen hat, folgt nicht, daß sie für einen bei dieser Gelegenheit verursachten Schaden haftet. Sie hat den Transport nicht veranlaßt und die Decken, die der Gastwirt zu diesem Zwecke hergab, weder von ihm gefordert noch empfangen. Wenn die Decken von irgendeiner bei dem Transport beteiligten Person fahrlässig behandelt und dadurch beschädigt worden sind, so ist nicht ersichtlich, aus welchem Rechtsgrunde die Kasse dafür haften sollte.

b) Das Plombieren der Zähne gehört, sofern es auf Heilung oder Milderung der Zahnkrankheit abzielt, zur ärztlichen Behandlung und ist daher von der Kasse zu bezahlen. Enthält Ihr Statut wirklich eine Vorschrift, die dies ausschließt, so ist es insoweit ungültig. Ist diese Zahlungspflicht irrigerweise von einer anderen Kasse erfüllt worden, bei der das Mitglied mit Unrecht angemeldet worden war, so stand jener Kasse das Recht

Digitized by Google

der Rückforderung von der Ihrigen zu (§ 58 Abs. 2 KVG.). Dadurch, daß sie sich statt dessen an den Arbeitgeber gehalten und ihm von den Beiträgen, die er zurückforderte, einen entsprechenden Abzug gemacht hat, hat der Arbeitgeber nicht das Recht erlangt, nunmehr seinerseits den abgezogenen Betrag von Ihrer Kasse zu fordern; ein gesetzlicher Uebergang des Anspruchs jener anderen Kasse auf den Zahlenden ist nicht zu begründen. Es kommt aber hinzu, daß der Arbeitgeber, da er anscheinend fahrlässigerweise die Anmeldung bei Ihrer Kasse, die allein als zuständig in Frage kam, unterlassen hatte, auf Grund des § 50 KVG. für die Aufwendungen aufkommen müßte und schon deshalb die Erstattung nicht fordern kann. Endlich sind in dem streitigen Betrage „Verwaltungskosten" jener unzuständigen Kasse mitenthalten, auf deren Erstattung ein Anspruch nicht besteht.

Beweispflicht beim Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten nach § 517 RVO.

12. Nach Hannover. Antwort: Ein Versicherungspflichtiger, der bei seiner Krankenkasse, unmittelbar oder durch Vermittlung der Ersatzkasse, das Ruhen seiner Rechte und Pflichten nach § 517 RVO. beantragt, hat nur Namen und Sitz der Ersatzkasse mitzuteilen und seine Zugehörigkeit zu ihr nachzuweisen (§ 519 Abs. 1); dabei wird die Zulassung des Versicherungsvereins als „Ersatzkasse" nötigenfalls durch Vorlegung der Vereinssatzung gemäß § 515 Abs. 2 nachgewiesen. Daß die Ersatzkasse gemäß § 507 dem einzelnen Versicherungspflichtigen mindestens die Regelleistungen gewährt, braucht von dem Antragsteller nicht (wie bisher nach § 75a KVG.) besonders bewiesen zu werden. Denn hierauf hat sich, wie aus § 514 Abs. 3 klar hervorgeht, schon die Prüfung der über die Zulassung entscheidenden Behörde zu erstrecken (vgl. Hahn, Handbuch der Krankenvers. S. 676 Anm. 1 zu § 514; Hoffmann, Anm. 3 zu § 514), so daß der in dieser Richtung erforderliche Beweis schon durch die Zulassungsbescheinigung gedeckt ist.

Keine Versagung der Kassenleistungen wegen Verschuldens des Versicherten oder eines Dritten im allgemeinen; Trunkfälligkeit im Sinne des § 26a Ziff. 2 KVG.

13. Nach F. Antwort: Selbst wenn die Gemeinde ein Verschulden träfe, wäre dies kein Grund, dem versicherten Kassenmitgliede die satzungsmäßigen Leistungen zu versagen, sondern es könnte nur in Frage kommen, ob ein Schadenersatzanspruch des Versicherten gegen die Gemeinde sich begründen läßt, der nach § 57 Abs. 4 KVG. auf die Kasse überginge. Dies ist aber nach dem von Ihnen dargestellten Sachverhalte zu verneinen. Wenn der Versicherte aus der Arrestzelle herabgesprungen ist und dabei ein Bein gebrochen hat, so ist er durch diese seine eigene Handlung und nicht durch die Fahrlässigkeit beschädigt, die möglicherweise darin lag, daß das Fenster nicht vergittert war und daß man ihn nicht bewachen ließ. Daß er „stark angetrunken" war, besagt noch nicht, daß ihm seine Handlung nicht zugerechnet werden könne. Wollte man aber wenigstens ein mitwirkendes Verschulden der Gemeinde annehmen, so würde doch die Schuld des Versicherten so überwiegen, daß ein Schadenersatzanspruch nach § 254 BGB. ganz ausgeschlossen oder nur zu einem sehr geringen Teile anzuerkennen wäre. Das Krankengeld kann ihm aber auch nicht ohne weiteres auf Grund einer dem § 26a Abs. 2 Ziff. 2 KVG. entsprechenden Satzungsvorschrift versagt werden. Vorsätzlich hat er sich die Verletzung nicht zugezogen, und Verschulden im allgemeinen reicht nicht aus. „Trunkfälligkeit" aber, wie sie im § 26a Ziff. 2 vorausgesetzt ist, ist nicht gleichbedeutend mit Trunkenheit; es müßte nachgewiesen werden, daß der Versicherte ein gewohnheitsmäßiger Trinker ist, und das kann doch nicht ohne weiteres angenommen werden, wenn er einmal bei einem Kriegervereinsfeste das Maß überschritten hat.

Die Gemeinde haftet in der Regel nicht aus Unfällen bei Feuerlöschhilfe.

14. Nach Blumenthal i. H. Antwort: Das Mitglied einer freiwilligen Feuerwehr, das bei einem Brande zu Schaden kommt, hat keinen Anspruch auf Entschädigung gegen die Gemeinde, es sei denn etwa, daß diese den Unfall selbst verschuldet hat, z. B. dadurch, daß sie die Löschgeräte, deren Anschaffung und Unterhaltung ihr obliegen, nicht in ordnungsmäßigem Zustande erhalten hat. Hat aber der Verunglückte keinen Ersatzanspruch an die Gemeinde, so kann auch die Krankenkasse von ihr die Kosten der dem Verunglückten gewährten Krankenunterstützung nicht erstattet verlangen.

Der Kassenvorstand kann die An- und Abmeldefrist nicht verlängern.

15. Nach Eltville. Antwort: Der Vorstand der Krankenkasse ist nicht berechtigt, die Fristen für die An- und Abmeldungen zu verlängern; das kann vielmehr nur durch das Statut geschehen, wie § 49 Abs. 4 KVG. deutlich bestimmt. Wenn der Arbeitgeber aus irgendeinem Grunde die Anmeldung nicht rechtzeitig erstatten konnte, so würde er weder nach § 81 strafbar, noch nach § 50 ersatzpflichtig sein, da ihm Vorsatz oder Fahrlässigkeit nicht zur Last fallen.

Durch Fortzahlung der Kassenbeiträge bis zur Abmeldung wird nicht die Mitgliedschaft erhalten.

16. Nach K. Antwort: Das Mitglied schied am 26. Dezember aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und damit aus der Kassenmitgliedschaft aus. Der Arbeitgeber mußte freilich die Beiträge bis zum 1. Februar zahlen, weil er den Versicherten nicht abgemeldet hatte (§ 52 Abs. 1 Satz 4 KVG.), aber dadurch wurde nicht etwa die Pflichtmitgliedschaft verlängert. Es könnte höchstens in Frage kommen, ob er die Beiträge im Auftrage des Versicherten zum Zwecke der Weiterversicherung nach § 27 KVG. gezahlt hat. Das ist aber nach den Umständen ausgeschlossen, weil sogar die Anmeldung erst am 20. Januar, also später als eine Woche nach dem Ausscheiden erfolgt ist. Wenn also der Ausgeschiedene am 1. Februar erkrankt ist, so kann er Ansprüche an die Kasse nicht erheben, da auch die Dreiwochenfrist aus § 28 KVG. längst verstrichen war.

Begriff der Heimarbeiter.

17. K. F. Antwort: Wenn die Näherinnen sich von den in der Fabrik Beschäftigten nur dadurch unterscheiden, daß sie zu Hause arbeiten, im übrigen diesen aber gleichgestellt sind, so gelten sie als Heimarbeiterinnen und nicht als Hausgewerbetreibende. Wesentlich ist für Heimarbeiter ihre wirtschaftliche Abhängigkeit von dem Arbeitgeber. Daß von den Löhnen einstweilen aus irgendwelchem Grunde Abzüge gemacht und diese erst nach Beendigung der Saison ausgezahlt werden, ist unerheblich. Sie sind krankenversicherungspflichtig, da sie länger als eine Woche beschäftigt werden, mag auch ihre Arbeit mit der Saison zugleich aufhören (siehe auch die Auskunft in der Arb.-Versorgg. Nr. 12 S. 288 unter Nr. 16).

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **11. Juni 1913.**

Redaktion:	**Nr. 17**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Wie sollen die Krankenkassen das Verhältniswahlverfahren einrichten[1])?

Von **Friedr. Kleeis** in Halle (Saale).

Gegenwärtig haben die Krankenkassen, die auch für die Geltung der Reichsversicherungsordnung weiter zugelassen worden sind, die Neufassung, und in den nächsten Monaten die Gemeindeverwaltungen, welche Allgemeine Ortskrankenkassen neu errichten, die Neuaufstellung der Kassensatzungen vorzunehmen. Hierbei müssen sie auch Bestimmungen über das Wahlsystem treffen, nach dem in Zukunft die Vertreter zum Ausschuß und zum Vorstand der Kassen gewählt werden sollen. Im Gegensatz zu früher verlangt bekanntlich das Gesetz die Anwendung der Grundsätze der Verhältniswahl.

Die Stellung der Behörden zur Verhältniswahl hat sich in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Ende der 90er Jahre hatten die Ortskrankenkassen zu Frankfurt a. M. und Homburg v. d. H. die Verhältniswahl für die Wahlen der Vertreter zur Generalversammlung festgelegt. In beiden Orten wurde auch einmal nach diesem System gewählt. Das Preußische Oberverwaltungsgericht sprach sich aber mit dem Vertreter des öffentlichen Interesses in einem Verwaltungsstreitverfahren gegen die Homburger Ortskrankenkasse für die Unzulässigkeit der Verhältniswahl aus, womit diese für Homburg beseitigt war. Die Frankfurter Ortskrankenkasse schaffte daraufhin die Verhältniswahl ab, ohne es auf eine erneute Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts ankommen zu lassen.

Die Novelle zum Gewerbegerichtsgesetz von 1901 brachte die wahlweise Zulassung des Proporzes für die Wahlen der Beisitzer zu diesen Gerichten. Wenige Jahre später, bei dem Gesetz über die Kaufmannsgerichte, wurde die Verhältniswahl bei diesen Instituten schon obligatorisch eingeführt. Nachdem inzwischen der Reichstag eine Resolution angenommen hatte, nach welcher die Verhältniswahl bei allen Wahlen zu sozialpolitischen Körperschaften einzuführen sei, erschien es der Regierung als selbstverständlich, daß nach der Reichsversicherungsordnung die Wahlen der Vertreter zu den Organen der Ortskrankenkassen nach den Grundsätzen der Verhältniswahl vorzunehmen seien. Ihre veränderte Stellung begründete die Regierung mit der Absicht, den allgemeinen Klagen über angeb-

[1]) Weiteres Material über diesen wichtigen Gegenstand finden unsere Leser in unseren Ausführungen in Arb.-Versorgg. 1910 S. 277 ff. und S. 592 sowie in den aus den Monatsbl. f. Arb.-Versicherung entlehnten „Grundzügen der Verhältniswahl", Arb.-Versorgg. 1912 S. 540 ff. Die vorliegende Abhandlung wird die früheren Darlegungen in erwünschter Weise ergänzen, weil sie insbesondere auf das amtliche Muster von Wahlordnungen für die Organe der Krankenkassen Bezug nimmt und die Krankenkassen zu einer sachgemäßen Benutzung des Musters anleitet. (Anm. der Red.)

Digitized by Google

liche Mißbräuche in den Kassenverwaltungen durch Verwendung von Kassenmitteln und Kasseneinrichtungen zu parteipolitischen Zwecken abzuhelfen und die Minderheiten zu schützen. „Der Gesetzgeber muß dafür sorgen," heißt es in der Begründung, „daß nicht durch Zufall der Mehrheitsbildung die eine Richtung unter Ausschluß aller anderen das alleinige und ausschließliche Recht erlangt, die Kassengeschäfte in ihrem Sinne zu führen, sondern daß auch die Minderheitsgruppen, entsprechend ihrer Zahl, angemessen vertreten werden." Die Regierung wollte die Verhältniswahl nur für die Ortskrankenkassen festlegen. Alle anderen Versicherungsträger sollten die Art des Wahlverfahrens selbst bestimmen können. Der Reichstag hat aber den Proporz auf alle Versicherungszweige und alle Versicherungsträger und alle Wahlen ausgedehnt. Bei der Beratung im Reichstag wurde u. a. ausgeführt, daß das Verfahren namentlich auch in den Berufsgenossenschaften zum Schutze der kleinen Gewerbetreibenden nötig sei.

Man kann schon ein Freund des Verhältniswahlverfahrens sein, braucht deshalb aber seine zwangsweise Einführung bei den sozialpolitischen Instituten und zwar bei allen diesen und bei allen Wahlen nicht als zweckmäßig zu finden. Es ist doch daran festzuhalten, daß das Prinzip des Verhältniswahlverfahrens in den politischen Wahlkämpfen geboren wurde und in erster Linie für diese auch nur einen Sinn hat. Die gesetzgebenden Stellen sollten sich entsprechend dem Umfange der einzelnen parteipolitischen Bestrebungen zusammensetzen und ein Spiegelbild dieser sein. Bei den sozialpolitischen Instituten aber, bei denen es sich in den Organen nur um Verwaltungsarbeit handelt, sollen parteipolitische Bestrebungen keinen Raum und kein Betätigungsfeld haben, und sie haben es im allgemeinen seither auch nicht gehabt. Es ist zu befürchten, daß durch die allgemeine Einführung der Verhältniswahl erst recht parteipolitische Bestrebungen in die Verwaltungskörperschaften hineingetragen werden. Geradezu Bedenken muß es aber erregen, wenn dies Wahlverfahren unumgänglich auch den kleinen Kassen und für alle Wahlen aufgezwungen worden ist. Das Verhältniswahlverfahren hat wiederum nur einen Sinn, wenn es sich um große Wählermassen handelt und große Wählergruppen sich gegenüberstehen. Nun denke man aber an die vielen kleinen Kassen mit geringer Mitgliederzahl (die leider weiter bestehen werden), mit ihren primitiven Verwaltungseinrichtungen. Bei diesen ist heute schon die Vertreterwahl meist eine unerwünschte Formsache, die nur notdürftige Erledigung findet, um den statutarischen Vorschriften zu genügen. Hat doch schon das Verhältniswahlverfahren bei den kleinen Gewerbegerichten manche eigentümliche Blüte gezeigt. In der Stadt W. (mit etwa 20 000 Einwohnern) wird seit vielen Jahren bei der Gewerbegerichtswahl nur eine einzige Vorschlagsliste (vom Kartell der freien Gewerkschaften) eingereicht. Es braucht also am Wahltag nur ein einziger Wähler hinzugehen und der Liste seine Stimme zu geben und — sie hat den „Sieg" davon getragen. Hierdurch ist eine Wahlagitation und das ganze Wahlverfahren mindestens überflüssig, und die Folge ist, daß die Wähler das Interesse an der ganzen Wahl und schließlich auch am ganzen Institut verlieren. Dasselbe gilt entsprechend auch, wenn nur eine ganz kleine Anzahl von Personen zu wählen ist, wie z. B. bei den Wahlen des Vorstandes. Hier kommt es doch nicht darauf an — wie bei großen Wählermassen und einer großen Zahl zu wählender Vertreter — daß die Anschauungen der einzelnen Personengruppen richtig vertreten, sondern nur, daß die richtigen Personen gefunden werden.

Indes — der § 15 RVO. bestimmt nun einmal obligatorisch, daß „die Vertreter der Unternehmer oder anderen Arbeitgeber und der Versicherten nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt werden", und es heißt sich mit dieser Bestimmung abzufinden. Der Bundesrat hat in den Mustersatzungen in formeller Hinsicht die Frage so gelöst, daß er die nötigen allgemeinen Bestimmungen in der Satzung selbst aufgenommen, die nötigen speziellen Vorschriften aber in einer „Wahlordnung" untergebracht hat, die nach den §§ 64 und 79 Abs. 9 einen Bestandteil der Kassensatzungen bilden. Damit ist bewirkt worden, daß die Wahlordnung, wie die Kassensatzung selbst, der behördlichen Genehmigung bedarf. Aus der Reichsversicherungsordnung selbst ist das auch als Absicht des Gesetzgebers zu entnehmen, denn die §§ 333, 334 usw. geben bestimmt an, daß Einzelheiten des

Digitized by Google

Wahlverfahrens in der Satzung zu regeln sind.

Die Wahlordnung sucht, so gut es geht, mit den gesetzlichen Bestimmungen fertig zu werden. Sie schlägt nicht bestimmte Einrichtungen vor, sondern trifft bei den wichtigeren Fragen mehrere Fassungen zur Auswahl. Es ist daher zweckmäßig, einmal zu untersuchen, welche Vorschläge die besten sind.

Da lassen zunächst die §§ 2—6 die Wahl, ob besondere Wählerlisten aufgestellt werden, oder ob das Arbeitgeber- und Mitgliederverzeichnis zur Kontrolle der Wähler benutzt wird. Hier ist am zweckmäßigsten, Fassung 2 zu nehmen, die von der Aufstellung besonderer Wählerlisten absieht. Für große Kassen erfordert die Aufstellung besonderer Wählerlisten, wenn sie überhaupt möglich ist, unverhältnismäßig große Arbeit. Und für kleine Kassen ist die Wählerliste infolge der mehr persönlichen Beziehungen der Wähler zueinander und zum Wahlausschuß überflüssig. Der Begriff des Mitgliederverzeichnisses ist hier natürlich nicht so buchstäblich zu nehmen; viele Kassen haben überhaupt keine solchen Verzeichnisse. Hier muß die Kartothek oder die Hebeliste als Ersatz zulässig sein. Es empfiehlt sich, das in der Wahlordnung zum Ausdruck zu bringen. Diese Hilfseinrichtungen haben den Vorteil, daß sie stets auf den neuesten Stand der Mitgliederbewegung nachgetragen sind, während doch eine Wählerliste nur nach dem Stande eines zurückliegenden Zeitpunktes aufgestellt werden könnte.

Was die Legitimation der Wähler anbetrifft, so empfiehlt sich, die Fassung des § 5 Abs. 3 zu wählen, wonach die Wähler über ihre Wahlberechtigung durch eine Karte zu benachrichtigen sind, die zur Wahl mitzubringen ist und als Ausweis dient. Daß diese Karten Postkarten sein müssen, wie die Wahlordnung vorsieht, ist gar nicht nötig; die Karten können auch von den Beitragseinhebern bei ihrem letzten Rundgang mitgenommen und an die Arbeitgeber zur Verteilung an die Versicherten ausgehändigt werden. Zwar erfordert auch die Anfertigung dieser Karten viel Arbeit, doch kann diese durch Vordrucke, in die nur der Namen des Wählers einzufügen ist, verringert werden.

Der § 7 sieht nach Belieben eine Gruppierung der aufzustellenden Kandidaten nach Berufsgruppen oder örtlichen Bezirken vor. Davon sollte nach Möglichkeit abgesehen werden, da damit die ohnehin schwierige Verhältniswahl nur noch komplizierter wird. Ueber Sonderaufstellung von Kandidaten für einzelne örtliche Bezirke wird sich nur dann reden lassen, wenn der Kassenbezirk mehrere räumlich getrennt und entfernt liegende Orte umfaßt. Auch davon dürfte abzusehen sein, daß der Kassenvorstand selbst einen eigenen Wahlvorschlag aufstellt. Der Vorstand muß hier so viel wie möglich unparteiisch sein. Der Abs. 3 des § 7 sieht vor, daß jeder Wahlvorschlag höchstens dreimal soviel Bewerber benennen darf, als Vertreter zu wählen sind. Es geht natürlich auch an — was sogar zu empfehlen ist — zu verlangen, daß die eigentlichen Vertreter für sich und die Ersatzleute getrennt für sich aufgeführt werden.

Der § 8 der amtlichen Musterwahlordnung sieht die Möglichkeit „verbundener Wahlvorschläge" vor. Diese Verbindung von Wahlvorschlägen in der Weise, daß sie andern Wahlvorschlägen gegenüber als ein einziger Wahlvorschlag anzusehen und zu behandeln ist, ist jedenfalls nicht zu empfehlen. Mit Recht sagt der vom Zentralverband von Ortskrankenkassen herausgegebene Entwurf einer Wahlordnung, daß verbundene Wahlvorschläge nicht zugelassen werden. Sie komplizieren das Wahlverfahren noch mehr und haben noch sonstige Nachteile. Bei den Vertrauensmänner-Wahlen in der Angestellten-Versicherung hat sich die Einrichtung jedenfalls nicht bewährt.

Die Unzweckmäßigkeit, das Verhältniswahlverfahren auf alle Versicherungsträger und alle Wahlen aufzupfropfen, zeigt sich in § 10 und dem mit diesem im Zusammenhang stehenden § 26 Abs. 1. Die Wahlordnung kann über die Schwierigkeiten nicht anders hinwegkommen als mit einem großen Loch. „Sind auf gültigen Wahlvorschlägen im ganzen nur so viele wählbare Bewerber benannt, wie Vertreter zu wählen sind, so gelten sie als gewählt," heißt es in der Wahlordnung. Wird also rechtzeitig nur eine einzige Vorschlagsliste eingereicht, so findet eine Wahl überhaupt nicht statt.

Wir befürchten, daß dies außerordentlich häufig bei den kleineren Kassen und sodann auch bei den Vorstandswahlen vorkommen

Digitized by Google

wird. Das kann aber, wie schon oben dargelegt, ein wünschenswerter Zustand nicht sein. Er läuft einfach auf die Ernennung der Vertreter durch eine Gruppe oder gar durch einzelne Personen hinaus und öffnet dem mit dem häßlichen Wort „Kliquenwesen" bezeichneten Zustand Tür und Tor. Hierdurch erst kann Mißtrauen gegen die „Gewählten" und die Kassenverwaltung großgezogen werden. Jede Geheimheit der Wahl ist damit natürlich auch beseitigt, und die Minderheit wird erst recht unterdrückt. Verf. dieses hat schon im „Reformblatt für Arbeiterversicherung" 1909, S. 39, den Vorschlag gemacht, den Übelstand durch Aufnahme einer Bestimmung dahingehend zu beseitigen, daß, wenn bis zum festgesetzten Termin nur eine Vorschlagsliste eingeht, von der Verhältniswahl abgesehen und die Wahl in der sonst üblichen Freiheit vorgenommen wird. Ein solches Verfahren dürfte mindestens für die Vorstandswahlen zu empfehlen sein. Denn gerade hier kommt es darauf an, die richtigen Persönlichkeiten zu finden. Ob der Vorschlag freilich unter den gegebenen gesetzlichen Bestimmungen durchführbar ist, dürfte eine Streitfrage sein. Wir meinen, daß es angängig ist[1]). Jedenfalls sollte einmal der Versuch gemacht und wenn nötig eine höchstinstanzliche Entscheidung herbeigeführt werden.

Die Wahlordnung versucht auch, besondere Maßnahmen zu finden, welche die Geheimheit der Wahl fördern. Nach § 12 soll der Wähler nach dem Muster der Wahlen zum Reichstag im Wahllokal vom Wahlausschusse einen mit dem Kassenstempel versehenen Umschlag erhalten, in welchem er abseits, am gesonderten Tisch, unbeachtet den Stimmzettel hineinlegt und hierauf den Umschlag unverschlossen dem Wahlleiter übergibt. Nach § 13 sind Umschläge mit einem Merkmal, welches die Absicht einer Kennzeichnung auch nur wahrscheinlich macht, für ungültig zu erklären.

Die wichtigste Frage dürfte sodann die sein, welches „Listensystem" gewählt wird. Die Musterwahlordnung führt gebundene und freie Listen auf. Die gebundenen Listen zerfallen wieder in einfach gebundene Listen, bei welchen Streichungen erlaubt sind und in sogenannte streng gebundene Listen, bei welchem System der Wähler sich streng nach der betr. Liste richten muß. Er muß die Liste, genau wie sie vorliegt ohne irgendwelche Änderung, d. h. ohne irgendwelche Streichungen, Versetzung der Namen an andere Stelle usw. abgeben. Auch die freien Listen zerfallen wieder in zwei Gruppen, nämlich in solche Listen, bei denen der Wähler auch einem Bewerber seine Stimme geben kann, der in keinem Wahlvorschlag genannt ist, und in solche, bei denen die Stimmabgabe auf Bewerber beschränkt ist, die in einem der Wahlvorschläge aufgeführt sein müssen. Die Musterwahlordnung führt in ihrem § 5 alle diese Systeme auf.

Am einfachsten ist das Verfahren bei den gebundenen Listen und namentlich bei den streng gebundenen Listen. Bei den Wahlen der Beisitzer des Berliner Gewerbegerichts enthält der Stimmzettel, den die Wähler abgeben, nur die Nummer der Vorschlagsliste, nicht aber die Namen der Kandidaten. Auch bei den Wahlen der Vertrauensmänner in der Angestelltenversicherung sind die gebundenen Listen eingeführt und haben sich gut bewährt. Zweifellos besitzt dieses System besonders in seiner leichten Durchführbarkeit einen großen Vorzug, der kleinere Nachteile aufwiegt. Das Wahlverfahren muß so einfach wie nur möglich gestaltet werden[1]).

Gegen die gebundenen Listen wird geltend gemacht, daß sie die Freiheit des Wählers zu sehr beeinträchtigen und die Macht der Parteileitungen verstärken. Das läßt sich ja nicht bestreiten; der Einfluß der Körperschaften, die die Wahlen vorbereiten, wird zweifellos durch die gebundenen Listen gehoben. Aber, wie schon oben angeführt, das Verhältniswahlsystem hat nur einen Sinn, wenn größere Parteigruppen und große Wählermassen in Frage kommen. Hierbei ist es dem Wähler gar nicht möglich und vielleicht auch gar nicht nötig, die Fähigkeit des einzelnen Kandidaten zu beurteilen. Je größer die Zahl der zu Wählenden ist, je mehr Kanditaten mit einer Stimmenabgabe zu wählen sind, je stärker ist hier für die Entscheidung des Wählers die Stellung und Haltung der Körperschaft, die die Liste zu-

[1]) Anmerkung der Redaktion: Wir teilen diese Meinung nicht.

[1]) Anmerkung der Redaktion: Zu vgl. unsere Anm. in Arb.-Versorgg. 1912 S. 540 und über die verschiedenen Systeme S. 541, 542.

Digitized by Google

sammengestellt hat, bestimmend. Der einzelne Kandidat ist den Wählern sehr oft gar nicht bekannt. Die Persönlichkeit des Kandidaten tritt bei Wahlen dieser Art weit hinter seine Parteistellung und die seines Wahlkomitees zurück. Der Wähler vertraut in der Auswahl der Kandidaten der Körperschaft, auf deren Zusammensetzung er in der Regel auf anderem Wege einen gewissen Einfluß haben wird. **Für große Kassen ist daher das System der streng gebundenen Listen unbedingt zu empfehlen.** Bei kleinen Kassen, namentlich kleinen Betriebs- und Innungskrankenkassen, liegen die Dinge vielfach anders. Hier kommt es wegen der geringeren Zahl der Wähler und der zu Wählenden weniger darauf an, daß die eine oder andere Partei entsprechend ihrer Stärke vertreten ist, sondern daß die richtigen Personen gefunden werden und diese als solche das Vertrauen der Wähler haben. Ob hier dieser anderen Sachlage durch die „freien Listen" begegnet werden kann, möchten wir noch dahingestellt sein lassen. Jedenfalls steht soviel fest, daß die Unzweckmäßigkeit des Verhältniswahlsystems wenigstens nicht bei den Vorstandswahlen durch die freien Listen bekämpft werden kann.

Ein besonderes Kapitel ist sodann die Verteilung der Mandate[1]). Der § 17 der Wahlordnung macht hier zwei Vorschläge, einmal mit dem sogen. Höchstzahlensystem und sodann dem bei Kaufmannsgerichten üblichen Verteilungsverfahren. Der erste Vorschlag bestimmt, daß die den einzelnen Wahlvorschlägen zugefallenen Gesamtstimmenzahlen der Reihe nach durch 1, 2, 3, 4 usw. geteilt und unter den so gefundenen Zahlen soviele Höchstzahlen ausgesondert und der Größe nach geordnet werden, als Vertreter zu wählen sind. Jeder Wahlvorschlag erhält soviel Stellen zugeteilt, als Höchstzahlen auf ihn entfallen. Wenn eine Höchstzahl auf mehrere Vorschläge zugleich entfällt, so entscheidet das Los. Nach dem bei den Kaufmannsgerichten üblichen Verfahren wird zur Ermittelung der Stimmenzahl, die zur Wahl je eines Vertreters erforderlich ist (Verteilungszahl), die Gesamtzahl der abgegebenen gültigen Stimmen durch die um 1 vermehrte Zahl der zu wählenden Vertreter geteilt und der Bruchwert auf die nächste ganze Zahl aufgerundet. Die auf jeden Wahlvorschlag entfallende Zahl von Vertretern ergibt sich durch Teilung der für jeden Wahlvorschlag berechneten Stimmenzahl durch die Verteilungszahl. Der vom Zentralverband der Ortskrankenkassen herausgegebene Entwurf einer Wahlordnung enthält noch eine dritte Fassung. Nach ihm gelten als gewählt von jeder Liste soviel Personen, als nach dem Verhältnis der für sie abgegebenen gültigen Stimmen zur Gesamtzahl der gültigen Stimmen Vertreter auf sie entfallen. Ergeben sich hierbei Bruchteile, so werden die jeweils höchsten als eins gerechnet, soweit dies zur Erreichung der Gesamtzahl der Vertreter erforderlich ist. Auch wir möchten diesem dritten Vorschlag den Vorzug geben.

Die Verteilung der Bewerber innerhalb der Wahlvorschläge bereitet weniger Kopfzerbrechen, namentlich bei den gebundenen Listen. Als erster ist derjenige gewählt, der auf den Stimmzetteln an erster Stelle steht.

Damit dürften die wichtigsten Zweifelsfragen der Wahlordnung besprochen sein. Die Kassen sollen bis zum 30. Juni 1913 ihre neuen Satzungen, zu denen auch die Wahlordnung gehört, eingereicht haben. Es können aber Aenderungen, bevor die Genehmigung erfolgt ist, noch nachgeholt werden.

---

[1]) Anmerkung der Redaktion: Zu vgl. Arb.-Versorgg. 1910 S. 279 und 1912 S. 542, 543 über die Ermittlung des Wahlergebnisses mit Beispielen für die Berechnung.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Versicherungspflichtige Beschäftigung von Söhnen im Betriebe des Vaters.

Urteil des **Großh. Landgerichts, 1. Strafkammer, in Neustrelitz** v. 18. Oktober 1912.

Aus den Gründen:

Der Angeklagte, der Steinsetzmeister R., betreibt ein Dämmerei- und ein Lohnfuhrwerksgeschäft. Er hat zwei Söhne, Willi und Rudolf, von denen ersterer jetzt 30 Jahre, letzterer 29 Jahre alt ist. Beide Söhne haben ihre Ausbildung in der Fremde erhalten, und zwar hat Willi das Dämmereigewerbe, Rudolf die Schlosserei erlernt. Im Jahre 1908 sind beide Söhne zu ihrem Vater zurückgekehrt und seitdem in dessen Geschäft entsprechend ihrer Fachbildung tätig. Willi hat bei den vorkommenden Dämmerarbeiten teils selbst mitgearbeitet, teils die Aufsicht geführt. Insbesondere ist er bei Dämmerarbeiten auf verschiedenen Bahnhöfen beschäftigt gewesen, so bei der Ausführung der Neupflasterung vor dem Neustrelitzer Bahnhof im vorigen Jahre, einer Arbeit, die vier bis sechs Wochen gedauert hat. Rudolf hat gelegentlich in dem Fuhrbetrieb seines Vaters ausgeholfen, im übrigen aber die in dessen Geschäft vorkommenden Schlosserarbeiten ausgeführt. Für dritte Leute sind beide Söhne nicht tätig gewesen. Weihnachten des vorigen Jahres hat der Angeklagte sich ein Automobil zum Vermieten in seinem Fuhrgeschäft angeschafft. Zu dessen Bedienung ist sein Sohn Rudolf als Chauffeur ausgebildet und seitdem als solcher tätig. Einen anderen Führer für das Automobil hat der Angeklagte nicht. Durch seine Söhne erspart der Angeklagte je eine andre Arbeitskraft. Denn bei den Dämmerarbeiten muß jemand mit der Leitung, die Willi geführt hat, betraut werden, und für das Automobil muß ein besonderer Chauffeur vorhanden sein. Einen besonderen Vertrag haben die Söhne mit ihrem Vater nach ihrer Rückkehr aus der Fremde nicht geschlossen. Sie haben Wohnung, Beköstigung und Kleidung von ihrem Vater erhalten. Daneben hat er ihnen Taschengeld gezahlt. Das ist seiner Höhe nach nicht bestimmt gewesen, sondern die Söhne haben sich nach Bedarf gefordert und erhalten. Wieviel sie etwa im Laufe eines Jahres erhalten haben mögen, hat sich nicht feststellen lassen. Ende März dieses Jahres ist der Angeklagte im Geschäftslokal der Ortskrankenkasse erschienen mit der Erklärung, er wolle seinen Sohn Willi — der mehrfach krank gewesen ist — zur Krankenkasse anmelden, und am 30. März hat er beide Söhne anmelden wollen. Sein Antrag ist abgelehnt mit der Begründung, es müsse ein schriftlicher Arbeitsvertrag vorliegen. Darauf hat der Angeklagte mit seinen beiden Söhnen mit Wirkung vom 1. April d. Js. ab einen festen schriftlichen Arbeitsvertrag abgeschlossen, wonach sie für ihre Tätigkeit bei ihm beide Wohnung, Kleidung und Beköstigung erhalten sollten und ein Monatsgehalt von 100 M. Auf Grund dieses schriftlichen Arbeitsvertrages sind beide Söhne zur Krankenkasse am 2. April d. Js. angemeldet und angenommen. Da die Krankenkasse aber angenommen hat, daß die Söhne dann auch schon vorher versicherungspflichtig gewesen seien, hat sie den Angeklagten zur Bestrafung angezeigt. Durch Strafverfügung vom 4. Mai d. Js. ist der Angeklagte auf Grund der §§ 49, 81 KVG. und des § 10 der Statuten für die Ortskrankenkasse in eine Geldstrafe von 10 M. ev. zwei Tage Haft genommen. Auf seinen Antrag auf gerichtliche Entscheidung hin ist er jedoch durch Urteil des Schöffengerichts freigesprochen.

Die Amtsanwaltschaft hat rechtzeitig Berufung eingelegt. Die Berufung ist auch begründet. Der obige Sachverhalt ist durch das Zeugnis von Willi und Rudolf R., die unbeeidigt vernommen sind und durch die beeideten Aussagen der Zeugen R. und T. festgestellt. Der Angeklagte stellt diesen Sachverhalt auch gar nicht in Abrede. Danach kann es aber keinem Zweifel unterliegen, daß die beiden Söhne des Angeklagten schon vor dem 1. April d. Js., nämlich seit ihrer Rückkehr zu ihrem Vater, krankenversicherungspflichtig gewesen sind. Die Versicherungspflicht folgt aus den §§ 1, 2 KVG. und § 2 des Statuts der Ortskrankenkasse, weil sie gegen Lohn in dem Gewerbebetriebe ihres Vaters beschäftigt sind. Daß ein Arbeitsvertrag stillschweigend zwischen dem Vater und seinen Söhnen abgeschlossen ist, kann trotz des Bestreitens des Angeklagten nicht bezweifelt werden, nach Lage der Sache mit dem Inhalt, daß die Söhne die Ausführnng der in ihr Fach schlagenden Arbeiten im Betriebe des Vaters übernommen haben, und der Vater ihnen dafür Lohn in Gestalt von Wohnung, Kleidung, Beköstigung und Taschengeld gezahlt hat. Das ergibt sich daraus, daß die Söhne, junge, kräftige Leute, die nach Angabe des Willi R. überall Arbeit gegen Lohn finden können, nicht ohne Lohn arbeiten, daß sie etwa, nur um einer Unterhaltspflicht gegen ihren Vater zu genügen, zu ihm gegangen sind, haben weder sie

Digitized by Google

noch der Angeklagte behauptet. Der Angeklagte ist der Unterstützung seiner Söhne auch gar nicht bedürftig. Ebensowenig hat einer von ihnen geltend gemacht, daß etwa einer der Söhne sich auf Grund eines Unterhaltsrechtes beim Vater aufgehalten hat. Willi R. — der sonst eben häufiger krank gewesen ist — hat vielmehr angegeben, er sei zu seinem Vater gegangen in der Erwartung, dort Arbeit zu finden, weil dessen Geschäft gut gegangen sei, habe dort angefangen zu arbeiten und habe bei ihm auch nicht Not zu leiden gehabt. Für den Arbeitsvertrag spricht weiter, daß eine Arbeitskraft durch jeden der Söhne erspart ist, sowie die lange Dauer der Beschäftigung. Deshalb kann die Tätigkeit der Söhne nicht als eine gelegentliche Hilfeleistung oder als eine Erfüllung der Sohnespflicht angesprochen werden. Sie sind ungerufen zu ihrem Vater gegangen, um dort ihr Brot zu verdienen, und der hat sie eingestellt gegen entsprechende Entlohnung. Der Annahme des Vorderrichters, die er als nicht von der Hand zu weisen bezeichnet, daß nämlich die Söhne ihrem schon älteren Vater ohne Entgelt geholfen haben möchten mit Rücksicht darauf, daß ihnen das Geschäft später einmal zufallen werde, muß entgegen getreten werden. Dem widerspricht auf das deutlichste der Arbeitsvertrag, den der Angeklagte ja streitlos seit dem 1. April d. Js. mit seinen Söhnen abgeschlossen hat. Daraus geht klar hervor, daß Vater und Söhne das Taschengeld, freie Wohnung, Kleidung und Beköstigung der Söhne auch schon vorher als Vergütung für ihre Arbeit aufgefaßt haben, daß sie einen Anspruch des Vaters gegen die Söhne auf Arbeitsleistung, solange sie von ihm unterhalten wurden, und einen Anspruch der Söhne gegen den Vater auf Unterhalt und Taschengeld, solange sie bei ihm arbeiteten, angenommen haben. Daß irgend eine Aenderung seit dem 1. April beabsichtigt sei, daß etwa die Söhne ausgiebiger beschäftigt, oder reichlicher entlohnt werden sollten, davon hat der Angeklagte nichts gesagt, ebensowenig seine Söhne. Mit Sicherheit erweist sich der Arbeitsvertrag vom 1. April d. Js. danach als ein Niederschlag, als eine Fixierung des Rechtsverhältnisses, das schon vorher stillschweigend bestanden hat.

Anmerkung: Der Angeklagte wurde hiernach wegen Verletzung der Meldepflicht aus §§ 49, 81 KVG. zu einer Geldstrafe von 5 M. und zu den Kosten des Verfahrens verurteilt. Die von ihm noch eingelegte Revision wurde vom Oberlandesgericht in Rostock verworfen.

Zum Begriff der Beschränkung der Beschäftigung auf weniger als eine Woche. — Mißglückter Arbeitsversuch. — Erwerbsunfähigkeit trotz vollwertiger Arbeitsleistung.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 12. Dezember 1912.

Auch wenn N., wie den Umständen nach zu vermuten ist, bei Antritt der Arbeit bei der Stralauer Glashütte am 3. Oktober 1911 bereits die Einberufung zur Lungenheilstätte erhalten, und auch wenn er die Absicht hatte, am 6. Oktober die Arbeit einzustellen und sich in die Lungenheilstätte zu begeben, so ist doch auf diesen Tatbestand die Vorschrift des § 1 KVG. unanwendbar, wonach eine durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkte Beschäftigung nicht versicherungspflichtig ist. Im Sinne dieser Vorschrift muß aus der Art der von dem Arbeiter übernommenen Arbeitsleistung oder aus der zwischen ihm und dem Arbeitgeber getroffenen ausdrücklichen oder stillschweigenden Vereinbarung das Ende der Beschäftigung vor Ablauf einer Woche erkennbar sein. Daß das hier zutrifft, ist nicht behauptet. Daß der Arbeiter für sich allein bei Uebernahme einer weder durch die Natur ihres Gegenstandes noch durch den Arbeitsvertrag im voraus auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkten Beschäftigung von vornherein die Absicht hatte, das Arbeitsverhältnis nicht eine Woche lang fortzusetzen, ist für die Entstehung seiner Versicherungspflicht unerheblich. Entscheidend ist hierfür vielmehr allein, ob der Arbeiter, der wegen seiner Erkrankung die übernommene Arbeit alsbald einzustellen in Absicht hatte, noch eine Arbeitstätigkeit geleistet hat, die über einen Versuch, zu arbeiten, hinausgegangen ist, oder ob sich alsbald ergeben hat, daß er wegen seiner Erkrankung eine Arbeit nicht mehr zu leisten vermochte. Das letztere aber war unzweifelhaft nicht der Fall, denn N. hat nach der eigenen wiederholten Erklärung der Beklagten während der vier Tage seiner Beschäftigung bei der Stralauer Glashütte vollwertige Arbeit geleistet.

Andererseits aber folgt aus dieser Tatsache nicht, daß N. bei Einstellung der Arbeit nicht erwerbsunfähig im Sinne des § 6 KVG. gewesen sein konnte. Denn erwerbsunfähig in diesem Sinne ist auch der an sich noch seinen Kräften nach zur Leistung von Arbeit — selbst vollwertiger Arbeit — Befähigte, wenn er die Arbeit nicht ohne die Gefahr einer Verschlimmerung eines bestehenden Leidens zu leisten vermag. Die Feststellung, daß dieser Fall bei N. am 6. Oktober vorgelegen habe, konnte vom Vorderrichter auf Grund der vorliegenden ärztlichen Gutachten unbedenklich getroffen werden. Denn Dr. Ng. hat bestimmt bescheinigt, daß N. am 7. Oktober,

Digitized by Google

dem Tage seines Eintritts im Kurbad Lippspringe, erwerbsunfähig gewesen sei, und diese Angabe entspricht der am 7. Oktober bei der Aufnahme getroffenen ärztlichen Feststellung, N. leide an sicherer Tuberkulose im zweiten Stadium auf beiden Lungenoberlappen, also an einer Erkrankung, die nach Stärke und Ausdehnung das Anfangsstadium bereits überschritten hatte. Die Feststellung, daß N. beim Ausscheiden aus der beklagten Kasse erwerbsunfähig war, ist daher nach § 94 des Landesverwaltungsgesetzes der Nachprüfung durch den Revisionsrichter entzogen.

Aus diesem für den Revisionsrichter unanfechtbar feststehenden Tatbestand folgt rechtlich, daß N. die Mitgliedschaft bei der beklagten Kasse auf Grund seiner Arbeitsleistung bei der Stralauer Glasfabrik mit allen Rechten und Pflichten erworben hat und daß er von dem Tage ab, an dem er die Arbeit behufs seiner Heilbehandlung einstellte, für die Dauer der Heilbehandlung in der Lungenheilstätte erwerbsunfähig im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes war. Hierfür ist auf die Urteile des Senats Bd. 40 S. 359 und Bd. 46 S. 363 der Entsch. des OVG. zu verweisen.

Der Gewerbebetrieb eines Dentisten kommt für die Frage der Krankenversicherungspflicht der in ihm beschäftigten Personen in seiner Gesamtheit (technische Arbeiten und Zahnbehandlung) in Betracht.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs**, 3. Senats, vom 2. Dezember 1912.

Nach Sachlage ist zunächst zu prüfen, ob die von A. H. in München erwerbshalber ausgeübte Tätigkeit eines „Dentisten" als (stehender) Gewerbebetrieb im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes (§ 1 Nr. 2) zu erachten ist, da nur unter dieser Voraussetzung die Ortskrankenkasse aus Anlaß der Erkrankung des von H. beschäftigten Lehrlings M. K. zu Aufwendungen für diesen gesetzlich und statutarisch verpflichtet war.

Die beiden Vorinstanzen haben die vorbezeichnete Frage bejaht; der Gerichtshof trägt kein Bedenken, sich dieser Rechtsauffassung im Ergebnisse anzuschließen, nachdem festgestellt ist, daß H. eine zahnärztliche Approbation im Sinne des § 29 Abs. 1 R.Gew.Ordn. nicht besitzt.

Mit Rücksicht auf das Nichtvorliegen einer solchen Approbation war sohin der H.sche Geschäftsbetrieb im ganzen als Gewerbebetrieb zu erachten und ist es rechtlich belanglos, ob H. sich ausschließlich mit zahntechnischen Verrichtungen befaßt oder ob — wie anzunehmen ist — seine Tätigkeit auch auf die Ausübung der Zahnheilkunde sich erstreckt hat (vgl. Reger, Bd. 29 S. 35, auch Erg.Bd. 4 S. 235 und Bd. 32 S. 246). Gleiches gilt bezüglich der Art der Beschäftigung des K. im H.schen Gewerbebetriebe, die übrigens, wie festgestellt, nur im technischen Teile des H.schen Gewerbebetriebs sich bewegte.

Wenn die Vorinstanz zur Begründung ihrer Auffassung auch auf die Entscheidung des Gerichtshofes vom 20. Dezember 1893 (Reger, Bd. 14 S. 218) Bezug genommen hat, so ist zu bemerken, daß in dieser Entscheidung die Frage, welche Teile des Gesamtbetriebs eines sog. Zahntechnikers rein technischer Natur sind und welche Tätigkeiten als Ausübung der Heilkunde sich darstellen, aus dem Grunde zu erörtern war, weil es sich in diesem Falle darum gehandelt hat, ob die Ausstellung eines Wandergewerbescheines mit Rücksicht auf die Bestimmung des § 56a Ziff. 1 R.Gew.Ordn. — wonach „die Ausübung der Heilkunde, insoweit der Ausübende für dieselbe nicht approbiert ist", vom Gewerbebetriebe im Umherziehen ausgeschlossen ist — mit Recht versagt worden ist.

Aus gleichem Grunde ist diese Frage auch seitens der Strafgerichte behufs Beurteilung der Anwendbarkeit der auf Verfehlungen gegen § 56a Ziff. 1 R.Gew.Ordn. bezüglichen Strafbestimmung in § 148 Ziff. 7a a. O. erörtert worden (vgl. z. B. Reger, Bd. 5 S. 294, Bd. 9 S. 419).

Für den vorliegenden Streitfall aber sind diesbezügliche Untersuchungen aus dem Grunde entbehrlich, weil die (in Erwerbsabsicht ausgeübte) Tätigkeit eines sog. Zahntechnikers oder Dentisten, insoweit sie nicht im Umherziehen ausgeübt wird, in ihrer Gesamtheit, sohin gleichviel, ob sie lediglich technischer Art ist oder auch die Ausübung der Zahnheilkunde umfaßt, als „stehender Gewerbebetrieb" im Sinne des § 1 Nr. 2 KVG. zu erachten ist.

(Reger.)

Gehören auswärtige Zeitungsträger zur Betriebskrankenkasse der Verlagsfirma?

Entscheidung des **Regierungspräsidenten** in **Cöln** vom 20. März 1913.

Es handelt sich um einen Streit zwischen der Betriebskrankenkasse und der Ortskrankenkasse des Wohnorts solcher Zeitungsträgerinnen, die außerhalb des Betriebssitzes der Firma, in deren Auftrage sie mit Austragen von Zeitungen beschäftigt werden, ihren Wohnort haben. Die nachstehende Entscheidung, welche auf Grund der §§ 57b, 65 KVG. ergangen ist, erklärt die Ortskrankenkasse des Wohnortes für zuständig.

Die Firma P. H., Buchdruckerei und Verlag in Bonn, hat mit dem 15. November 1912 eine eigne Betriebskrankenkasse mit dem Sitz in Bonn errichtet, der gemäß § 63 KVG. alle in dem Betriebe der Firma beschäftigten Versicherungspflichtigen anzugehören haben. Wenn auch als im Betriebe beschäftigt nicht nur diejenigen Personen anzusehen sind, die unmittelbar in den dem Betriebe gewidmeten Räumen mit der Herstellung oder Bearbeitung der Waren oder mit sonstigen Nebenverrichtungen beschäftigt sind, sondern im weiteren Sinne auch die Personen, die für die gewerblichen Zwecke des Betriebes gegen Gehalt oder Lohn Arbeiten ausführen, so können doch die fern vom Betriebssitze in sonst dem Betriebe fremden Orten wohnenden und be-

Digitized by Google

schäftigten Zeitungsträgerinnen hierzu nicht gerechnet werden. Die Tätigkeit dieser besteht lediglich in dem Austragen von Zeitungen und steht in keinem Zusammenhange mit dem eigentlichen Betriebe. Es würde dem sozialen und praktischen Gedanken der Krankenversicherung widersprechen, wenn solche Personen gezwungen sein sollten, die Rechte und Pflichten aus ihrer Kassenmitgliedschaft bei einer, von ihrem Wohnort weit entfernt liegenden, Betriebskrankenkasse, auszuüben.

Im vorliegenden Falle sind die Zeitungsausträgerinnen lediglich als Lohnarbeiterinnen anzusehen, die fertige Waren an einem dritten Orte im Wege bezahlter Botengänge überbringen.

Eine Dienstleistung, die sich ohne jede organische Zugehörigkeit zum Betriebe an einem dritten Orte vollzieht und persönlich von jeder dritten Person geleistet werden kann, gibt aber zu einer Versicherung in der Betriebskrankenkasse keine gesetzliche Grundlage.

Auf die genannten Lohnarbeiterinnen sind vielmehr die Bestimmungen des § 5 KVG. anzuwenden, wonach für die Versicherungspflicht der Beschäftigungsort maßgebend ist, und dieser deckt sich im vorliegenden Falle mit dem Wohnort.

Anmerkung: Wir halten die Entscheidung für sehr bedenklich. Auf den Beschäftigungsort kommt es bei Betriebskrankenkassen nicht an, die §§ 5, 5a KVG. sind hier nicht anwendbar. Nur davon ist die Zugehörigkeit zur Betriebskrankenkasse abhängig, daß die Beschäftigung „in" dem Betriebe stattfinden muß (§ 63 KVG., § 245 Abs. 3 RVO.). Das ist aber durchaus nicht etwa nur im räumlichen Sinne zu verstehen. Auch Außenarbeiter — und dazu gehören die Zeitungsausträger — sind im Betriebe des Verlags beschäftigt. Sie dürfen daher von der Zugehörigkeit zur Betriebskrankenkasse nicht ausgeschlossen werden. Vgl. Entscheidung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts in Arb.-Versorgg. 1911 S. 343.

Vorsätzliche Zuziehung einer Krankheit.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 12. Dezember 1912.

Nach dem vorliegenden Sach- und Rechtsverhältnis ist die Entscheidung lediglich davon abhängig, ob der der Kasse als Mitglied angehörende, vom Kläger im Wege der öffentlichen Armenpflege unterstützte Bäckergeselle G. sich seine Krankheit „vorsätzlich" im Sinne des § 26a Ziff. 2 KVG. zugezogen hat. Ist dies zu verneinen, so ist, wie auch die Parteien annehmen, der mit der Klage geltend gemachte Erstattungsanspruch berechtigt.

Wenn nun der Vorderrichter die hiernach maßgebende Frage verneint und infolgedessen nach dem Antrage der Klage erkannt hat, so fällt ihm dabei weder ein wesentlicher Verfahrensmangel noch eine unrichtige Anwendung des bestehenden Rechtes zur Last. Verfahrensmängel sind von der Beklagten nicht behauptet worden, auch bei selbständiger Prüfung nicht ersichtlich. Nicht rechtsirrtümlich aber ist es, wenn der Bezirksausschuß ausgeführt hat, ein Vorsatz in der Bedeutung des § 26a Ziff. 2 a. a. O. würde nur dann vorliegen, wenn sich feststellen ließe, daß G. aus der Flasche mit Salmiakgeist in der Absicht getrunken habe, eine Krankheit herbeizuführen, und es dürfe selbst eine durch einen vereitelten Selbstmordversuch verursachte Krankheit nicht ohne weiteres als vorsätzlich herbeigeführt gelten. Mit diesen Erwägungen befindet sich der Vorderrichter mit der Rechtsprechung des Senats völlig im Einklange (vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz Anm. 3b zu § 6a und das Urteil des Gerichtshofs vom 17. Januar 1910, Preußisches Verwaltungsblatt Jahrg. 31 S. 620). Die Ansicht der Revisionsschrift, daß bei der Auslegung des § 26a „die Worte leichtfertig und vorsätzlich als gleichbedeutend anzusehen seien", trifft, wie keiner weiteren Ausführung bedarf, nicht zu.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts[1]).

Das Reichsversicherungsamt ist nicht zuständig für Beschwerden gegen Entscheidungen der Oberversicherungsämter, durch welche die Genehmigung versagt wird:

a) zur Nichterrichtung einer Landkrankenkasse gemäß § 229 RVO. (1686),

b) zur Ausgestaltung einer Ortskrankenkasse gemäß Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. (1687).

---

[1]) Heft 4 (v. 15. April 1913) der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts. — Vgl. Arb.Versorgg. S. 272.

Digitized by Google

B. Zur Unfallversicherung.

Können die nach altem Rechte festgestellten Unfallrenten als „Dauerrenten" im Sinne der Reichsversicherungsordnung gelten?

a) Entscheidung des **Oberversicherungsamts München** vom 29. März 1913; b) Verfügung des **Regierungspräsidenten in Oppeln** vom 2. April 1913; c) Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 8. April 1913.

Vorbemerkung: Die Reichsversicherungsordnung spricht in den §§ 609, 1585, 1600 ff., 1700 Ziff. 8 von „Dauerrenten" in einem Sinne, der dem bisherigen Rechte fremd war. Im § 609 heißt es:

> „In den ersten zwei Jahren nach dem Unfall darf wegen einer Aenderung im Zustand des Verletzten eine neue Feststellung jederzeit vorgenommen oder beantragt werden. Ist jedoch innerhalb dieser Frist eine Dauerrente rechtskräftig festgestellt worden oder ist die Frist abgelaufen, so darf eine neue Feststellung nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre vorgenommen oder beantragt werden . . . ."

Diese Vorschrift entspricht dem § 88 GUVG., führt aber den Begriff der „Dauerrente" ein, dessen Bedeutung im Gegensatze zu einer nur „vorläufig" festgestellten Rente im § 1585 deutlicher zutage tritt:

> „Kann die Rente eines Verletzten ihrer Höhe nach noch nicht als Dauerrente festgestellt werden, so ist der Versicherungsträger berechtigt, während der ersten zwei Jahre nach dem Unfall vorläufig eine Entschädigung festzustellen und nach Aenderung der Verhältnisse zu ändern . . . .
>
> Spätestens mit Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfall ist die Dauerrente festzustellen. Diese Feststellung setzt eine Aenderung der Verhältnisse nicht voraus, auch ist für sie die vorher getroffene Feststellung der Grundlagen für die Rentenberechnung nicht bindend."

Im Hinblick auf diese Vorschriften ist die für eine lange Uebergangszeit sehr wichtige und ebenso zweifelhafte Frage entstanden, ob und unter welchen Voraussetzungen die nach altem Recht festgestellten Renten als Dauerrenten oder als vorläufige Renten im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen sind. Es handelt sich namentlich um die Anwendung des § 1585 Abs. 2, ferner der besonderen Vorschriften in §§ 1600 ff. über die Neufeststellung der Dauerrenten wegen Aenderung der Verhältnisse und um die Frage der Zulässigkeit des Rekurses, der nach § 1700 Ziff. 8 ausgeschlossen ist, wenn der Streit eine solche Neufeststellung von Dauerrenten betrifft. Eingehend wird die Frage erörtert von Neißer in der „Berufsgenossenschaft" 1913 S. 89 ff. und in der „Monatsschr. für Arbeiter- und Angestellten-Vers." 1913 S. 39 ff. Er vertritt die Auffassung, daß die Aenderung einer Rente, für deren erstmalige Feststellung gemäß Art. 85, 88 Einf.Ges. z. RVO. das GUVG. Geltung hatte, als eine Neufeststellung im Sinne des § 1600 RVO. und niemals als Feststellung einer Dauerrente gemäß § 1585 Abs. 2 anzusehen sei, da diese begrifflich die Feststellung einer vorläufigen Rente voraussetze, die Renten des alten Rechts aber keine vorläufigen Renten seien. Abweichend hiervon gelangen Moesle-Rabeling in ihrem Kommentar zu Buch 3 der Reichsversicherungsordnung (S. 886, 887, Anm. 1 zu Art. 60 Einf.Ges.) zu dem Ergebnis: Die Feststellung einer Dauerrente im Sinne der §§ 609, 1585 Abs. 2, d. h. eine neue Feststellung ohne Aenderung der Verhältnisse und ohne Bindung an die früheren Grundlagen könne für die erstmalig nach altem Rechte festgestellten Renten nicht in Frage kommen. Im übrigen aber sei die erste neue Feststellung nach Ablauf der zwei Jahre in Ansehung des Verfahrens der Feststellung einer Dauerrente im Sinne des § 1585 gleichzuachten, weil sie diejenige erste Feststellung sei, die nur in Zwischenräumen von mindestens einem Jahre geändert werden könne. Die Feststellung dieser Rente unterliege daher dem Rekurse, während sowohl die vorhergehenden als auch die nachfolgenden Rentenänderungen nach § 1700 Ziff. 7 u. 8 nicht rekursfähig seien und diese nachfolgenden Aenderungen überdies den besonderen Vorschriften in §§ 1600 ff. unterlägen.

Jetzt liegen zu der Streitfrage die im Eingange bezeichneten, hier folgenden behördlichen Aeußerungen vor:

a)

Eine zuletzt im Jahre 1908 festgestellte Unfallrente war durch Bescheid vom 24. Januar 1913 nach neuem Rechte gemäß § 1583 RVO. herabgesetzt worden. Auf Einspruch des Versicherten hatte ihn die Berufsgenossenschaft gehört und den Einspruch durch Endbescheid zurückgewiesen (§§ 1591 ff., 1606). Der Versicherte legte Berufung beim Oberversicherungsamt in München ein, welches den Endbescheid aufhob und die Sache gemäß § 1690 an die Berufsgenossenschaft „zur weiteren ordnungsmäßigen Behandlung" zurückverwies. Gründe:

Gemäß § 1601 RVO. hat die Vernehmung des Berechtigten über den Einspruch bei Aenderung von Dauerrenten stets vor dem Versicherungsamte zu erfolgen, das alsdann ein Gutachten unter Zuziehung je eines Vertreters der Arbeitgeber und der Versicherten in den in §§ 1602 mit 1605 RVO. vorgeschriebenen Formen zu erstatten hat. Der Begriff der „Dauerrente" ist den bisherigen Unfallversicherungsgesetzen fremd, er ist auch erst in der zweiten Lesung der Reichstagskommission in die Reichsversicherungsordnung hineingetragen worden, die nunmehr in § 1585 zwischen „vorläufiger Rente" und „Dauerrente" unterscheidet. Uebergangsvorschriften darüber, ob und inwieweit die Renten des alten Rechts als Dauerrenten im Sinne der RVO. (§§ 609, 1585 Abs. II, 1600 ff., 1700 Ziff. 8) anzusehen seien, fehlen; auch geben die veröffentlichten Gesetzesmaterialien in dieser Beziehung keinen unmittelbaren Aufschluß. Es muß hiernach für die erwähnten einzelnen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung aus ihrer Zweckbestimmung ermittelt werden, wie der Gesetzgeber sich die Regelung des Uebergangszustandes gedacht hat oder wie er sich dieselbe gedacht hätte, wenn er der Prüfung dieser Uebergangsfrage im einzelnen näher getreten wäre; im Zweifel ist hierbei der möglichste Anschluß an die Fassung des Gesetzes anzustreben.

Für den Vollzug der §§ 1600 ff. RVO. und für den Vollzug des § 1700 Ziff. 8 RVO. wird bei dem

Digitized by Google

regen zweckdienlichen Zusammenhange beider Vorschriften die Uebergangsfrage gleichmäßig zu beantworten sein. Die Reichsversicherungsordnung hat den Rechtsmittelschutz für die Feststellung oder Aenderung der Versichertenrenten mit Rücksicht auf die jeweilige Bedeutung dieses Aktes dreifach abgestuft:

Den geringsten Schutz (einfachen Einspruchsschutz und Berufungsschutz (vgl. § 1700 Ziff. 7) läßt sie der Feststellung und Aenderung vorläufiger Renten zuteil werden; den weitgehendsten Schutz (einfachen Einspruchsschutz, Berufungs- und Rekursschutz) gibt sie der Feststellung der Dauerrenten; in der Mitte steht die Aenderung der Dauerrenten mit qualifiziertem Einspruchsschutz und mit Berufungsschutz, aber mit Ausschluß des Rekursschutzes (§ 1700 Ziff. 8 RVO.).

Die Aenderungen der Renten des älteren Rechts stehen nun hinsichtlich ihrer Bedeutung zumeist den Aenderungen der Dauerrenten des neuen Rechts gleich. Beide Aenderungen treten einerseits gegenüber der Feststellung von Dauerrenten insofern an Bedeutung zurück, als bei ihnen eine Nachprüfung des Jahresarbeitsverdienstes ausgeschlossen ist und als auch die Prüfung des Grades der Erwerbsbeschränktheit nicht mehr vom Grund aus, sondern nur mit Rücksicht auf eingetretene wesentliche Aenderungen zulässig ist; anderseits sind sie beide bedeutsamer als die Festsetzung oder Aenderung einer vorläufigen Rente, da sie für die Regel für längere Zeit zu wirken bestimmt sind und da sie Eingriffe in eine unter Rekursschutz erfolgte frühere Rentenfeststellung darstellen.

Hiernach entspricht es wohl der Absicht des Gesetzgebers, wenn für die Regel den Aenderungen der Renten des alten Rechts der qualifizierte Einspruchsschutz zuteil wird, der Rekursschutz aber versagt bleibt. Die Aenderungen der Renten des alten Rechts sind allerdings dann vielfach von wesentlich größerer Bedeutung, als die Aenderungen der Dauerrenten des neueren Rechts, wenn die ersteren Renten festgesetzt worden sind kurz nach dem Unfall und bevor ein einigermaßen stationärer Zustand geschaffen war. Werden Renten dieser Art bei Eintritt des stationären Zustandes geändert, so besteht für die Bemessung des Grades für die Erwerbsbeschränktheit fast freie Bahn; auch ist die jetzt eingetretene Bemessung für alle Folge von großer Wichtigkeit. Es ist wohl anzunehmen, daß der Gesetzgeber für Rentenänderungen solcher Art den Rekurs nicht wohl versagt hätte. Die Ausscheidung dieser Fälle aber hätte der Gesetzgeber im Interesse der Rechtssicherheit nur von einem rein formalen Ausgangspunkt aus vornehmen können. Einen solchen Ausgangspunkt bietet im Gesetze selbst lediglich die Vorschrift des § 1585 Abs. II Satz I RVO., wonach die Dauerrente spätestens mit Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfalle festzustellen ist. Diese Vorschrift führt hierüber zu einer praesumtio juris et de jure dahin, daß alle unter der Herrschaft des älteren Rechts festgestellten Renten, soweit sie nicht sog. Schonungsrenten sind, als Dauerrenten im Sinne der §§ 1600 ff. und 1700 Ziff. 8 RVO. dann angesehen werden müssen, wenn sie entweder einen vor dem 1. Januar.1911 eingetretenen Unfall zum Gegenstand haben oder einen Unfall, der zwar erst nach dem 1. Januar 1911, aber mindestens zwei Jahre vor der Feststellung der betreffenden Rente erfolgt ist.

Alle übrigen Renten sind dagegen — für die Anwendung der §§ 1600 ff. und 1700 Ziff. 8 RVO. — als vorläufige Renten zu betrachten.

Selbstverständlich bleibt auch den letzteren Renten unter der Herrschaft des neuen Rechts die materielle Rechtskraftwirkung in dem früher erworbenen Umfang gewahrt; auch ist mit der getroffenen Ausscheidung in keiner Weise vorgegriffen der Frage, ob und inwieweit sich an die Renten des alten Rechts die die nach § 609 Satz II RVO. mit den Dauerrenten des neuen Rechts verbundene Wirkung anschließt. Ebenso ist der weiteren Frage, ob sich bezüglich der Renten des alten Rechts eine Verpflichtung zur Umwandlung in Dauerrenten aus § 1585 Absatz II Satz I RVO. ergibt, nur für diejenigen alten Renten vorgegriffen, für welche auch die einjährige Schutzfrist (§ 88 Abs. II GUVG., § 609 RVO.), sei es auf Grund alten, sei es auf Grund neuen Rechts, bereits läuft und für welche hiernach, wenn sie zugleich Dauerrenten im Sinne der §§ 1600 ff. und 1700 Ziff. 8 RVO. sind, die Umwandlung in Dauerrenten des neuen Rechts rechtlich bedeutungslos wäre.

Hiernach hätte die Berufsgenossenschaft den Einspruch des St. dem Versicherungsamt zum weiteren Verfahren gemäß §§ 1600 ff. RVO. zuleiten sollen; daß das letztere Verfahren nicht statt hatte, stellt einen wesentlichen Mangel in dem dem Endbescheid vorausgegangenen Verfahren dar. Demgemäß war es angezeigt, das ordnungswidrige Verfahren und dessen Folgeverfahren aufzuheben und die Sache an die Berufsgenossenschaft zur weiteren ordnungsmäßigen Behandlung zurückzuweisen (§ 1690 RVO.).

b)

Abweichend von dieser, im wesentlichen mit Moesle-Rabeling übereinstimmenden Auffassung, äußert sich der Regierungspräsident in Oppeln in der an die Versicherungsämter seines Bezirks erlassenen Verfügung, folgendermaßen, zu I und II in wesentlicher Uebereinstimmung mit Reißer:

Zur Behebung von Zweifeln, die sich über das nach den neuen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu beobachtende Verfahren in einigen Punkten ergeben haben, bemerke ich folgendes:

I. Bei Einsprüchen gegen Bescheide der Berufsgenossenschaften, durch welche vor dem 1. Januar 1913 rechtskräftig festgestellte Unfallrenten abge-

Digitized by Google

ändert oder entzogen werden, findet das Einspruchsverfahren nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung statt. Diese unterscheiden zwischen vorläufigen und Dauerrenten und unterwerfen die letzteren einem besonderen Verfahren (§§ 1600 ff.). Obwohl nun das Gew.UVG. die Bezeichnung „Dauerrente" nicht kennt unterliegt es doch keinem Zweifel, daß die vor dem 1. Januar 1913 durch Bescheide festgesetzten Renten als „Dauerrenten" im Sinne der Reichsversicherungsordnung zu behandeln sind.

II. Für die vor dem 1. Januar 1913 rechtskräftig festgestellten Renten gilt gemäß Art. 6 Abs. 2 EG. z. RV. die zweijährige Frist des § 88 Abs. 2 Gew.-UVG., und nicht die des § 609 RVO.

III. § 1592 RVO. sieht eine Vernehmung des Rentenberechtigten „vor dem Versicherungsamt" vor. Es handelt sich hier nicht um ein Verfahren, das unter die Vorschriften der §§ 37—47 der Verordnung über den Geschäftsgang und das Verfahren vom 24. Dezember 1911 fällt, wie schon aus der Überschrift dieses Abschnittes der Verordnung deutlich hervorgeht. Es ist demnach nicht erforderlich, daß die Vernehmung durch den Vorsitzenden oder seinen Stellvertreter erfolgt, es genügt vielmehr eine solche durch einen vereidigten Bureaubeamten des Versicherungsamts, nach Analogie der Vernehmung vor der Ortspolizeibehörde. Für eine abweichende Auffassung bietet das Gesetz nicht den geringsten Anhalt, und sie würde im Hinblick auf die sehr zahlreichen Vernehmungen dieser Art ohne Gefährdung der dem Vorsitzenden des Versicherungsamts und seinem Stellvertreter sonst noch übertragenen umfangreichen Dienstgeschäfte sich in der Praxis als undurchführbar erweisen.

Um indessen eine sachgemäße Vernehmung zu gewährleisten, bestimme ich, daß diese nach Möglichkeit durch den Versicherungssekretär, im übrigen aber nur durch einen mit den gesetzlichen Vorschriften hinreichend vertrauten vereidigten Bureaubeamten zu erfolgen hat.

c)

Gleichfalls auf einer grundsätzlich mit Moesle-Rabeling übereinstimmenden Auffassung beruht der Bescheid, den das **Reichsversicherungsamt** auf eine Anfrage erteilt hat — selbstverständlich vorbehaltlich der Entscheidung im Spruchverfahren. Er lautet:

I. Eine nach altem Recht festgestellte Rente ist dann als Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren seit Rechtskraft der ersten endgültigen Rentenfeststellung festgestellt worden ist.

Denn sie ist bereits mit Jahresbindung festgesetzt, und das ist das materiell-rechtliche Kennzeichen der Dauerrente.

II. Alle anderen nach altem Recht festgestellten Renten sind weder als vorläufige noch als Dauerrenten anzusehen.

Denn ihnen fehlen die materiell-rechtlichen Kennzeichen:

a) der vorläufigen Rente, die ohne Aenderung der Verhältnisse abgeändert und hinsichtlich des Jahresarbeitsverdienstes nachgeprüft werden kann;

b) der Dauerrente, deren neue Feststellung nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr vorgenommen oder beantragt werden darf.

Hieraus ergibt sich folgendes:

Zu I. 1. diese Renten sind nur in Jahresfristen abänderbar, § 609;

2. für sie gilt ein besonderes Einspruchsverfahren, §§ 1600—1605;

3. die Abänderung solcher Renten ist nicht rekursfähig, § 1700[8].

Zu II. Es gelten von den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nur die allgemeinen, nicht die besonderen für vorläufige und nicht die besonderen für Dauerrenten.

Also 1. der Jahresarbeitsverdienst bleibt unabänderbar;

2. diese Renten können nur bei wesentlicher Änderung der Verhältnisse abgeändert werden;

3. die Abänderung kann jederzeit vorgenommen oder beantragt werden;

4. für sie gilt das gewöhnliche Einspruchsverfahren;

5. die Abänderung ist rekursfähig, wenn Dauerrente festgestellt wird.

Bei Erlaß des Abänderungsbescheids muß dazu Stellung genommen werden, ob die nach neuem Recht festzustellende Rente eine vorläufige oder eine Dauerrente ist; die Rente muß als Dauerrente festgestellt werden, wenn zwei Jahre seit dem Unfall verstrichen sind (§ 1585).

6. Die Dauerrente kann nur festgestellt werden, sobald eine wesentliche Aenderung der Verhältnisse vorliegt, weil die Reichsversicherungsordnung ohne diese Voraussetzung die Feststellung einer Dauerrente nur verlangt, wenn die laufende Rente eine vorläufige ist, und es an dieser Voraussetzung fehlt.

Von den Sachen, in denen bereits eine Rente nach altem Recht festgestellt ist, können hiernach bei Aenderung der Rente nur noch diejenigen in die Rekursinstanz kommen, in denen zur Zeit der Rentenfeststellung nach altem Recht noch nicht zwei Jahre seit der Rechtskraft der ersten endgültigen Entscheidung verstrichen waren, und auch diese nur je einmal, nämlich bei Feststellung der Dauerrente.

Eine Bindung an Jahresfristen besteht bei den nach altem Recht festgestellten Renten nur dann, wenn sie als Dauerrenten anzusehen sind, also nur in den Fällen zu I.

Digitized by Google

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts[1]).

Die Fähigkeit eines körperlich Verletzten, geistige Arbeit zu leisten, ist bei Bemessung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit zu berücksichtigen (2599).

Verschlimmerung einer Verletzung infolge fahrlässiger Behandlung (mit Karbolsäure statt mit Karbolwasser) als entschädigungspflichtig anerkannt (2600).

Ein sonst nicht versicherungspflichtiger Betrieb ist als Hilfsbetrieb der Groß- oder Maschinenindustrie in seinem ganzen Umfang schon dann versicherungspflichtig, wenn die Arbeiten von ihm nicht in der Werkstatt, sondern in den Groß- und Maschinenbetrieben ausgeführt werden, sonst von Arbeitern dieser Betriebe selbst ausgeführt werden müßten und wenn sie einen wesentlichen Teil des Betriebs bilden. Nicht erforderlich ist, daß sie die Werkstattarbeiten überwiegen (2601).

Hebung der Erwerbsfähigkeit durch Anwendung einer Prothese bei Verlust aller Finger der rechten Hand (2602).

Bei Betriebsüberweisungen durch Entscheidung des Reichsversicherungsamts gemäß § 59 Abs. 1 GUVG. kann die überweisende Berufsgenossenschaft nicht einwenden, daß der Widerspruch der anderen nicht in der Frist des § 61 Abs. 1 GUVG. erfolgt sei (2603).

Die Regelung der Vertretung der Genossenschaftsmitglieder in der Genossenschaftsversammlung durch § 688 RVO. ist erschöpfend, so daß Vertretung durch andere Personen nicht zulässig ist (2604).

Grundsätze, betreffend die Anwendung der §§ 608, 609, 1585 RVO. auf Fälle, in denen bereits auf Grund der alten Unfallversicherungsgesetze Renten festgestellt sind (2605).

[1]) Heft 4 (v. 15. April 1913) der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts. — Nr. 2599 bis 2602 sind Rekursentscheidungen.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die am 1. Januar 1912 anhängigen Streitsachen zwischen Versicherungsanstalten und Krankenkassen über Ersatzansprüche sind nach den neuen Vorschriften zu Ende zu führen.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 16. Dezember 1912.

Art. 85 Einf.Ges. z. RVO. v. 19. Juli 1911 (RGBl. S. 839) bestimmt:

„Ist ein Verfahren an dem Tage, an dem die Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung („Verfahren") in Kraft treten, bereits anhängig, so wird es nach den bisher geltenden Vorschriften erledigt, soweit die Art. 86 bis 99 nichts anderes vorschreiben."

Art. 86 des genannten Gesetzes lautet:

„Ist an dem im Art. 85 bezeichneten Tage ein Verfahren, das nach § 58 (§ 65 Abs. 3, § 72 Abs. 2, 4, § 73 Abs. 1) KVG. zu erledigen ist, bei der Aufsichtsbehörde einer Gemeindekrankenversicherung oder Krankenkasse anhängig, so ist die Sache an das Versicherungsamt abzugeben, wenn darüber noch nicht entschieden ist; für das weitere Verfahren gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung."

Endlich bestimmt Art. 87 des bezeichneten Gesetzes u. a.:

„Die Vorschrift des Art. 86 gilt auch für die Fälle, in denen ... 2. an dem im Art. 85 bezeichneten Tage nach ... § 23 Abs. 2 JVG. ein Verfahren vor der Aufsichtsbehörde anhängig ist."

Mit Rücksicht auf diesen Wortlaut der Art. 85—87 Einf.Ges. z. RVO. ist zunächst festzustellen, an welchem Tage die Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung in Kraft getreten sind.

Eine ausdrückliche Inkraftsetzung des bezeichneten Buches der Reichsversicherungsordnung ist nun allerdings weder allgemein noch in Beschränkung auf das hier in Betracht kommende Versicherungsgebiet (Reichsversicherungsgesetz) erfolgt; Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges. bestimmt jedoch:

„Die Vorschriften ihres (nämlich der Reichsversicherungsordnung) Vierten Buches („Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung") und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung treten mit dem 1. Januar 1912 in Kraft."

Die Worte: „und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung" waren in dem Regierungsentwurfe nicht enthalten, sie wurden vielmehr erst durch die zur Beratung des Entwurfs des Einf.Ges. eingesetzte Reichstagskommission eingefügt; zur Begründung dieser Einschaltung ist lediglich bemerkt, daß gleichzeitig mit dem Vierten Buche auch „die zu seiner Durchführung erforderlichen Maßnahmen" in Kraft treten müßten und daß es zweckmäßig sei, dies ausdrücklich zu bestimmen. (Vgl. Ber. der 16. Komm. d. Reichst.; Reichst.Verh. 1909/11, Anl.Bd. 281 Nr. 1052, S. 5421.)

Welche „anderen" Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zur Durchführung der Vorschriften ihres Vierten Buches als erforderlich zu erachten sind, kann allerdings nach mehrfachen Richtungen zu Zweifeln Anlaß geben; jedenfalls aber unterliegt es keinem Bedenken, zu diesen „anderen" Vorschriften die Vorschriften des Sechsten Buches („Verfahren") — insoweit sie für das Vierte Buch überhaupt in Betracht kommen können — zu rechnen, denn die Vorschriften über das Verfahren stehen in engem Zusammenhange mit den rechtsbegründenden Vorschriften, da erstere gerade den Zweck haben, den materiellrechtlichen Bestimmungen des Gesetzes auch im Streitfalle Anerkennung zu verschaffen (vgl. hierher auch die auf Art. 2 Einf.-

Digitized by Google

Ges. bezüglichen Ausführungen in der Rev.Entsch. 1598 des Reichsversicherungsamts., Amtl. Nachr. 1912 S. 674).

Von gleicher Auffassung gehen auch aus: Duettmann, Komm. z. RVO. Bd. 1 S. 2; Dannenberg-Haenel-Stempel, Reichsversicherungsordnung Bd. 1 S. 497 Anm. 3, ferner Koehler-Biesenberger usw. Reichsversicherungsordnung Anm. 1 zu Art. 2 und insbesondere Anm. 3 zu Art. 85 Einf.Ges., woselbst bemerkt ist: „Dieser Tag (nämlich der Tag des Inkrafttretens der Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung) ist kein einheitlicher für das gesamte Gebiet der Reichsversicherung, vielmehr verschieden für die einzelnen Versicherungszweige. Für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung treten die Vorschriften des Sechsten Buches schon am 1. Januar 1912 in Kraft, da sie zu den zur Durchführung des Vierten Buches erforderlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung gehören."

Zum weiteren Belege für die Richtigkeit dieser Auffassung kann wohl auch darauf hingewiesen werden, daß mit Art. 3 der Kaiserl. Verordn. v. 5. Juli 1912 (RGBl. S. 439) auch „die Vorschriften des Dritten Buches — Unfallversicherung — und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften" (mit Wirkung vom 1. Januar 1913) in Kraft gesetzt wurden, ohne daß die Vorschriften über das Verfahren hierbei spezielle Erwähnung gefunden haben.

Mit der Einbeziehung der Verfahrensvorschriften unter die „anderen Vorschriften" im Sinne des Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges. z. RVO. ist indessen die vorliegende Zuständigkeitsfrage noch nicht genügend gewürdigt, denn die dem § 18 Abs. 3 mit § 23 Abs. 2 JVG. v. 13. Juli 1899 entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung sind nicht in ihrem Vierten (und auch nicht in ihrem Sechsten) Buche, sondern in ihrem Fünften mit „Beziehungen der Versicherungsträger zu einander und zu anderen Verpflichteten" überschriebenen Buche — nämlich in den §§ 1518 und 1520 dieses Buches — enthalten.

Es ist nun im vornherein zweifellos, daß diese Vorschriften auch nicht im Wege der Gesetzesauslegung den „Vorschriften des Vierten Buches" (im Sinne des Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges.) als gleichgestellt erachtet werden können; es kann sich sohin auch bezüglich der Bestimmungen der §§ 1518, 1520 RVO. nur darum handeln, ob nicht diese Bestimmungen gleichfalls als „andere Vorschriften im Sinne des Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges.) sich darstellen.

Eine Erörterung dieser Frage ist auch nicht etwa aus dem Grunde entbehrlich, weil in den Art. 85—87 Einf.Ges. nur auf die Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung Bezug genommen ist und ebensowenig um deswillen, weil in Art 87 Ziff. 2 daselbst die Vorschriften des § 23 Abs. 2 JVG. ausdrücklich erwähnt sind, denn die Frage, an welchem Tage die Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung in Kraft — und damit (abgesehen von den Uebergangsbestimmungen) die Zuständigkeitsvorschriften des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 nebst jenen des bayr. Ausf.Ges. vom 15. Dezember 1899 außer Kraft — getreten sind, beantwortet sich ausschließlich nach Art. 2 Einf.Ges.

Der Gerichtshof erachtet es indessen als gerechtfertigt, auch die Bestimmungen der §§ 1518, 1520 RVO. den „anderen Vorschriften" im Sinne des Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges. beizuzählen.

Hierfür spricht der Umstand, daß bereits in dem dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung angehörigen § 1269 den Versicherungsanstalten die Befugnis zuerkannt ist, behufs Abwendung einer infolge Erkrankung drohenden Invalidität eines Versicherten (oder einer Witwe) ein Heilverfahren einzuleiten.

Es ist selbstverständlich, daß den Versicherungsanstalten der Gebrauch dieser Befugnis wesentlich erschwert würde, wenn ihnen nicht zugleich vom Gesetzgeber für den Regelfall — Zugehörigkeit des Erkankten zu einer Krankenkasse — Ersatzansprüche zugestanden worden wären und deren Geltendmachung im Streitfalle gesichert wäre.

Die hierauf bezüglichen Bestimmungen im Fünften Buche (§§ 1518, 1520) RVO. stellen sich hiernach gleichfalls als zur „Durchführung" der Bestimmungen des § 1269 dieser Versicherungsordnung erforderliche Vorschriften im Sinne des Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges. dar und kann ihnen diese Eigenschaft um so unbedenklicher zuerkannt werden, wenn mit in Berücksichtigung gezogen wird, daß die Einschaltung der Worte: „und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung" in Art 2 Einf.Ges. augenscheinlich zu dem Zwecke erfolgt ist, um zusammengehörige, auf ein und dasselbe Versicherungsgebiet (hier die Invalidenversicherung) bezügliche Bestimmungen, deren Behandlung in verschiedenen Büchern der Reichsversicherungsordnung lediglich aus gesetzgebungstechnischen Gründen sich angezeigt erwies, möglichst gleichzeitig in Wirksamkeit treten zu lassen.

Erwägungen dieser Art mögen es wohl auch gewesen sein, welche die bereits oben genannten Schriftsteller Duettmann (a. O. S. 2) und Koehler-Biesenberger (Anm. 2 zu Art. 87 Einf.Ges.) — Haenel-Stempel äußert sich zu dieser Frage speziell nicht — gleichfalls zu der Anschauung geführt haben, daß vom 1. Januar 1912 an — wie Koehler-Biesenberger ausdrücklich (und Duettmann sinngemäß) bemerken — „§ 23 JVG. durch § 1520 RVO. ersetzt wird".

Wenn schließlich, wie dies in dem Urteil des Oberversicherungsamts Braunschweig vom 17. Mai 1912 (Arb.-Versorgg. Bd. 29 S. 725) geschehen ist, die fortdauernde Gültigkeit des § 23 Abs. 2 JVG. allgemein und ohne Rücksicht auf die Bestimmung in Art. 87 Einf.Ges. aus der zu Art. 1—4 des Entwurfs eines Einf.Ges. gegebenen Begründung (Reichst. Drucks. Anl.Bd. 278, Nr. 682 S. 22, 12. Legisl.Per. 2. Sess. 1909/11) abgeleitet werden will, so ist zunächst darauf hinzuweisen, daß diese Begründung für die Bemessung der Tragweite des erst auf Grund Beschlusses der Reichstagskommission in Art. 2 Abs. 1

Digitized by Google

ingefügten Zusatzes „und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften" nicht von ausschlaggebender Bedeutung sein kann und daß überdies in dieser Begründung nur diejenigen Maßnahmen hervorgehoben sind, die „vor allem" für die Durchführung in Betracht zu kommen haben.

Daß aber die Bedeutung der soeben erwähnten Einschaltung in Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges. in der bloßen Ermöglichung organisatorischer Maßnahmen sich nicht erschöpft, ergibt die Erwägung, daß es bei einer solchen beschränkten Zweckbestimmung dieses Zusatzes im Hinblick auf die Bestimmung in Art. 1 Einf.Ges. einer besonderen gesetzlichen Vorschrift überhaupt nicht bedurft hätte.

Auch den Ausführungen in der Entscheidung des Braunschweigischen Verwaltungsgerichtshofs vom 21. Februar 1912 (Zeitschr. f. Rechtspfl. in Braunschw., Jahrg. 59 S. 47, auszugsweise auch mitgeteilt in der Arb.-Versorgg. a. O.) vermag sich der Gerichtshof aus den bereits oben dargelegten Gründen nicht anzuschließen.

Bei zutreffender Würdigung der Rechtslage hätte sohin die Vorinstanz sich einer sachlichen Entscheidung des von der Landesversicherungsanstalt Oberbayern gegenüber der Gemeindekrankenversicherung M. erhobenen Ersatzanspruchs enthalten und mit Rücksicht auf die Bestimmungen der Art. 7 und 87 Einf.Ges. z. RVO. im Zusammenhalte mit §§ 2 und 9 der Bekanntm. des Kgl. Staatsminist. d. Inn. v. 29. Dezember 1911 über den Vollzug der Reichsversicherungsordnung und des dazu ergangenen Einf.Ges. (GVBl. 1911 S. 1368) die Sache an den Stadtmagistrat M. abgeben sollen.

Anmerkung: Entsprechendes muß gelten für die am 1. Januar 1913 anhängigen Streitsachen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen über Ersatzansprüche aus den in §§ 1501 ff. RVO. geregelten Beziehungen.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts[1]).

Der Vorsitzende des Oberversicherungsamts kann in allen Fällen eine Vorentscheidung erlassen, gegen die nicht nur Antrag auf mündliche Verhandlung vor der Spruchkammer, sondern statt dessen, wenn die Sache überhaupt revisionsfähig ist, Revision stattfindet (1681).

Ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung im Sinne des § 1445 Abs. 2 RVO. ist nicht schon in der Bewilligung eines Heilverfahrens zu erblicken (1682).

Die Bewilligung einer Rente durch eine Versicherungsanstalt gilt als Anerkenntnis im Sinne des § 1445 Abs. 2 RVO. und bindet alle übrigen Versicherungsanstalten (1683).

Nichtbeachtung des § 1693 RVO. (betreffend Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt) durch das Oberversicherungsamt ist kein Revisionsgrund (1684 vgl. unten 1688).

Die Kosten bei Vorbereitung der Rentenanträge durch die unteren Verwaltungsbehörden in der Zeit vom 1. Januar 1912 bis zur Errichtung der Versicherungsämter fallen gemäß § 64 Abs. 3 JVG. (vgl. Bundesratsbeschl. vom 22. Dezember 1911, RGBl. S. 1132) den Landesversicherungsanstalten zur Last (1685).

Gegen eine Entscheidung, die das Oberversicherungsamt unter Verletzung der im § 1799 (mit § 1693) RVO. vorgeschriebenen Abgabepflicht erlassen hat, ist kein Rechtsmittel gegeben (1688, vgl. oben 1684).

Zur Abgabe einer Strafbeschwerde nach § 1799 RVO. ist nur die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts berechtigt (1689).

Der nachweislich unrichtige Inhalt einer Sammelkarte ist für die Rentenberechnung nicht maßgebend (1691).

Als Tag der Entwertung der Marken ist regelmäßig der Sonntag einzutragen, auch wenn die Markenverwendung oder die Eintragung an einem früheren oder späteren Tage stattfindet (1692).

---

[1]) Heft 4 (v. 15. April 1913) der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts. — Die Entscheidungen 1681 bis 1685 sind als „grundsätzliche" bezeichnet; vgl. §§ 1716, 1801 RVO. — Nr. 1681 bis 1684 sind Revisionsentscheidungen.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Die Eintragung von Kassenarztvereinen ins Vereinsregister ist unzulässig.

Beschluß des **Kammergerichts in Berlin** vom 4. April 1913.

Die Frage hat in der letzten Zeit verschiedene Instanzen und vielfach auch die Presse beschäftigt. Es handelt sich um die Rechtsfähigkeit von ärztlichen Vereinen, deren satzungsmäßiger Zweck dahin geht, den Mitgliedern die Möglichkeit der Betätigung als Aerzte der Krankenkassen zu verschaffen. Nach § 21 BGB. erlangt ein Verein Rechtsfähigkeit durch Eintragung in das Vereinsregister des Amtsgerichts, wenn der Vereinszweck „nicht auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist"; andernfalls kann er sie, in Ermangelung besonderer reichsrechtlicher Vorschriften, nach § 22 BGB. nur durch bundesstaatliche Verleihung erlangen.

Nach der Satzung eines Aerztevereins soll der oben bezeichnete Zweck dadurch erreicht werden, daß der Verein für die gesamten oder für einzelne Mitglieder mit den Kassen Verträge abschließt und sich an deren Durchführung beteiligt. Außerdem ist Vereinszweck die Wahrung und Förderung der ärztlichen Interessen. Ein Geschäftsausschuß schließt die Verträge, die nach Gehör der Vertrags-

Digitized by Google

kommission und Genehmigung durch die Mitgliederversammlung für alle Mitglieder verbindlich sind; er verteilt die Honorare nach Abzug der Verwaltungskosten und überwacht die kassenärztliche Tätigkeit der Mitglieder.

Das Kammergericht entschied, daß der Verein ein „wirtschaftlicher" im Sinne des § 21 BGB., seine Eintragung in das Vereinsregister also unzulässig sei.

Gründe:

Ein Verein ist jedenfalls dann nicht eintragungsfähig, wenn sein Zweck ein wirtschaftlicher ist und zugleich unmittelbar durch einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb erreicht werden soll. Der Zweck ist ein wirtschaftlicher, wenn der Verein für sich oder seine Mitglieder wirtschaftliche Vorteile erstrebt; hierfür entscheidet nicht, welche theoretische Anschauung der Verein von seinen Aufgaben hat, sondern seine praktische Stellungnahme und die Art der zur Durchführung seiner Grundsätze ergriffenen Maßregeln; bei Zusammentreffen eines wirtschaftlichen und eines idealen Zweckes ist der „Hauptzweck" maßgebend. Ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb liegt jedenfalls vor, wenn der Verein nach außen hin planmäßig wirtschaftliche Geschäfte treibt, d. h. mit Dritten Rechtsgeschäfte abschließt, die Rechte und Verbindlichkeiten erzeugen können, wirtschaftliche Vorteile bringen und einen entgeltlichen Uebergang wirtschaftlicher Werte herbeiführen sollen. Treffen diese Merkmale zu, so sind auch Berufs- und Fachvereine, welche die gemeinsamen Interessen der Berufsgenossen wahren oder fördern sollen, nicht eintragungsfähig. Notorisch steht die große Mehrzahl der Aerzte den Krankenkassen in Kampfstellung gegenüber. Sie erstrebt vornehmlich die Beseitigung der fixierten Arztstellen und die Einführung freier Arztwahl bei den Krankenkassen. Gemäß den vom Geschäftsausschusse des Deutschen Aerztevereinsbundes zur Herbeiführung der freien Arztwahl usw. am 18. Februar 1912 gefaßten Beschlüssen, nach denen die Kassenarztvereine die Rechtsfähigkeit erwerben und „den Abschluß und die Durchführung der Kassenarztverträge als Zweck in ihre Satzung aufnehmen und verfolgen" sollen, sind auf Grund von Mustersatzungen des „Leipziger Verbandes" schon hunderte solcher Vereinigungen, darunter die hier in Rede stehende, errichtet.

Ihr Zweck ist ein wirtschaftlicher. Wenn schon das Streben nach Erlangung der freien Arztwahl etwas rein Wirtschaftliches ist, um so mehr der Abschluß und die Durchführung der Verträge durch die Vereine. Den organisierten Kassen sollen die organisierten Aerzte gegenüberstehen. Der Verein soll als Vertragspartei mit den Kassen die Verträge schließen, die dann für die Vereinsmitglieder bindend sind. Damit soll einerseits den Kassen die Möglichkeit des Druckes auf den Einzelarzt zum Abschluß eines diesem ungünstigen Vertrags genommen, andererseits der Wettbewerb unter den Aerzten selbst ausgeschaltet werden. Die Aerzte wollen durch die Vereine bessere Bedingungen, namentlich eine höhere Vergütung erlangen. Daß der Verein auch ideale Berufsinteressen fördern will, ist bei der hohen Auffassung der Aerzte von ihrem Berufe nicht zu bezweifeln. Die Förderung der allgemeinen ärztlichen Interessen wird indes nach der Satzung nur mittelbar auf der Grundlage wirtschaftlicher Besserstellung erstrebt.

Es besteht aber auch ein wirtschaftlicher Geschäftsbetrieb, da der Verein nach außen hin planmäßig wirtschaftliche Geschäfte betreibt, nämlich die Verträge mit den Kassen als Selbstkontrahent abschließt und die Honorare einzieht. Gegenstand dieser Verträge ist der in der ärztlichen Tätigkeit liegende wirtschaftliche Wert. Daß der Verein nicht einen kaufmännischen Geschäftsbetrieb eingerichtet hat, ist (entgegen der Ansicht von Ebermayer, Deutsch. Med. Wochenschr. 1912 S. 2422) ohne Belang. Der Verein ist danach nicht eintragungsfähig.

(Deutsche Juristen-Zeitung 1913, Sp. 644.)

Arbeiterpensionskassen als Wohlfahrtseinrichtungen im Sinne des § 117 Abs. 2 Gew.Ordg.

Urteil des **Reichsgerichts**, 4. Zivilsen., vom 3. Februar 1913.

Nach § 117 Abs. 2 Gew.Ordg. sind nichtig: Verabredungen zwischen Gewerbetreibenden und ihren Arbeitern über die Verwendung des Arbeitsverdienstes zu anderen Zwecken „als zur Beteiligung an Einrichtungen zur Verbesserung der Lage der Arbeiter oder ihrer Familien. Ueber die Anwendung dieser Vorschrift auf Arbeiterpensionskassen spricht sich das Reichsgericht folgendermaßen aus:

Einrichtungen im Sinne des § 117 Abs. 2 mögen nach der Absicht des Gesetzes nur solche sein, die nicht bloß den Zweck verfolgen, die Lage der Arbeiter oder ihrer Familien zu verbessern, sondern diesen Zweck auch tatsächlich erreichen. Ob eine Einrichtung, für die Lohnabzüge gemacht werden, in diesem Sinne eine Wohlfahrtseinrichtung ist, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles. In letzter Linie hat der Richter darüber zu befinden, ob wirklich eine Wohlfahrtseinrichtung vorliegt oder ob es sich nicht vielmehr um eine Einrichtung handelt, die den Arbeitern zum Nachteile gereicht. Das Oberlandesgericht stellt nun fest, daß die beklagte Pensionskasse nicht nur bezweckte, sondern durch 50 Jahre hindurch auch diese Zwecke erfüllte, die Lage der bei der beklagten Aktiengesellschaften beschäftigten Arbeiter und ihrer Familien zu verbessern. Daß eine Wohlfahrtseinrichtung dauernd und unter allen Umständen lebensfähig sei, verlangt das Gesetz nicht. Pensionskassen insbesondere können, auch wenn sie versicherungstechnisch nicht vollkommen sind und den Anforderungen der Versicherungsmathematik nicht durchweg genügen, dennoch Einrichtungen zur Verbesserung der Lage der Arbeiter und ihrer Familien sein. („Das Recht" 1913 Entsch. Nr. 1216.)

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Volksversicherung.

Hierüber haben wir in Nr. 11 S. 261 einige Mitteilungen gebracht, die sich hauptsächlich mit der gewerkschaftlich-genossenschaftlichen Gründung der „Volksfürsorge A.-G." befaßten. Es ist aber dort auch schon die von 30 privaten Versicherungsgesellschaften ins Leben gerufene Gegengründung der „Deutschen Volksversicherung A.-G." erwähnt. An dem Bestreben, den auf rein kapitalistischer Grundlage beruhenden Versicherungen durch zeitgemäße Reform, durch echte Volksversicherung im Sinne der Gemeinnützigkeit entgegenzuwirken, beteiligt sich aber auch die „öffentliche Lebensversicherung". Zwischen den Bestrebungen dieser drei im Grunde auf das gleiche Ziel gerichteten Parteien bestehen gewisse anscheinend unvereinbare Gegensätze, wie sie Dr. Altenrath in Nr. 5 der „Concordia" vom 1. März d. J. näher dargelegt hat. Ein weiterer Artikel derselben Zeitschrift Nr 9 vom 1. Mai d. J. befaßt sich insbesondere mit der Volksversicherung im Rahmen der öffentlichen Lebensversicherung und führt u. a. folgendes aus:

Die öffentliche Lebensversicherung stellt sich in ihrer Gesamtheit als ein Unternehmen dar, das den Versicherungsschutz aus allein gemeinnützigen Gründen ohne jede Absicht auf eigenen Erwerb und durch eine Organisation gewährt, die auf der kommunalen, bzw. provinziellen Selbstverwaltung aufgebaut ist und demnach im öffentlichen Leben und Rechte wurzelt. Der Aufbau dieser Organisation erfolgt durch die Errichtung einzelner Provinziallebensversicherungsanstalten, die jenachdem von den Landschaften, den Provinzialverbänden oder beiden gemeinsam, z. T. auch unter Mitwirkung der Provinzialfeuersozietäten übernommen wird. Zurzeit bestehen bereits sechs derartige Anstalten, die sich zum Zwecke des weiteren Ausbaues der Organisation im „Verband öffentlicher Lebensversicherungsanstalten in Deutschland" vereinigt haben. Dieser Verband hat unter andern die Aufgabe, die Lebens- und Volksversicherung in derselben Weise direkt zu betreiben, wie das die einzelnen Provinzialanstalten tun, und zwar erstreckt sich diese seine Direktversicherungstätigkeit auf Landesteile, in denen Provinzialanstalten noch nicht bestehen. Die Zentrale des Verbandes für Direktversicherung befindet sich in Berlin; außerdem sind Geschäftsstellen bisher eröffnet worden in Cassel, Halle, Hannover, Kiel, Lübeck, Magdeburg und Schwerin.

Die öffentliche Lebensversicherung trachtet ihre programmäßige Gemeinnützigkeit einmal durch intensive Förderung und weitere Verbreitung der Lebensversicherungsidee, dann und vor allem aber durch möglichste Billigkeit des von ihr gewährten Versicherungsschutzes zu verwirklichen. Beides erstrebt sie durch ihre öffentlich-rechtliche, behördenartige Organisation, die sich an das Vertrauen der Bevölkerung wendet und außerdem eine größtmögliche Ersparung an Verwaltungskosten zu ermöglichen sucht. Das gilt sowohl hinsichtlich des engen Anschlusses der Einzelanstalten an ihnen verwandte andere Körperschaften des öffentlichen Rechtes wie auch hinsichtlich ihres Zusammenschlusses im Verband öffentlicher Lebensversicherungsanstalten in Deutschland. Der bedingungslosen Aufrechterhaltung des Prinzips der Gemeinnützigkeit dient endlich die geschäftsplanmäßige Bestimmung, daß alle Ueberschüsse nur den Versicherten, und zwar allen Versicherten gleichmäßig zugute kommen.

Im gleichen Rahmen hält sich demgemäß auch die öffentliche Volksversicherung. Ihr reformatorischer Charakter tritt besonders in folgendem zutage:

1. Die öffentliche Volksversicherung hat die Karenzzeit, die bisher z. T. vier, in der Kinderversicherung fast durchweg drei Jahre betrug, auf ein Jahr beschränkt.

2. Ihre Tarife sind auf Grund moderner Sterbetafeln berechnet; sie beruhen also nicht auf einer Ueberschätzung der Sterblichkeit, die die Prämien und damit die Versicherungsnahme unnötig verteuert.

3. Ihre Abschluß- und Inkassoprovisionssätze sind erheblich niedriger als die bisher in der Volksversicherung üblichen; trotzdem sind sie angemessen.

4. Die bei ihr für Anwerbung und Erhaltung der Volksversicherungen tätigen Mitarbeiter sind zum großen Teile Beamte. Diese Qualifikation ist von besonderer Bedeutung mit Rücksicht darauf, daß gerade das Agentensystem in der Volksversicherung von jeher die meisten Bedenken erregte.

5. Zur Vermeidung des bisher in der Volksversicherung konstatierten sehr großen vorzeitigen Abganges (Stornos) sind durch die Versicherungsbedingungen außerordentlich milde Bestimmungen hinsichtlich des Zahlungsverzuges getroffen worden. Unter anderen kann die Verpflichtung zur Prämienzahlung auf Antrag bis zu zwei Jahren ruhen.

Arbeitsmarkt- und Lohnstatistik.

Hierüber enthält das Aprilheft des „Reichs-Arbeitsblatts" eingehende Mitteilungen, zum großen Teil auch auf Grund von Berichten der Krankenkassen. Wir entnehmen daraus auszugsweise folgendes:

„Die Lage des gewerblichen Arbeitsmarkts im März 1913 hat sich im allgemeinen gegenüber dem Vormonat, entsprechend der Jahreszeit, gebessert; diese Besserung bleibt aber entschieden hinter derjenigen des Vorjahrs zurück.

Die Mehrzahl der aus der Industrie vorliegenden Berichte bezeichnet den Geschäftsgang als befriedigend.

Der Steinkohlenbergbau im Ruhrgebiet, in Ober- und Niederschlesien konnte seinen guten Geschäftsgang behaupten; dagegen bestand infolge des mangelnden Absatzes im mitteldeutschen Braunkohlenbergbau und in der Niederlausitz unbefriedigende Beschäftigung. Im Eisenerzbergbau, in der Roheisenerzeugung, Kaliindustrie und in den Eisengießereien hielt der gute Geschäftsgang an, während die Kleineisenindustrie zum Teil klagt. Die Maschinenindustrie hatte im allgemeinen gut zu tun, verzeichnet jedoch Mangel an Aufträgen. Die Berichte aus der chemischen Industrie sind im ganzen günstig; unbefriedigend sind die Nachrichten aus der Baumwollindustrie, günstig aus der Woll- und Leinenindustrie sowie aus dem Bekleidungsgewerbe. Das Baugewerbe befand sich weiter in schlechter Lage.

Die Zahl der bei den berichtenden Krankenkassen am 1. April in Beschäftigung stehenden Mitglieder war um 87514 Personen größer als am 1. März. An dieser Zunahme war das männliche Geschlecht mit 82897 oder 2,35 % und das weibliche Geschlecht mit 4617 Personen oder 0,29 % beteiligt. Die Steigerung im gleichen Monat des Vorjahrs war mit 130001 Personen (+ 97215 männlichen oder 2,83 %, + 32786 weiblichen oder 2,13 %) wesentlich höher als im letzten Berichtsmonate. Die Zunahme der männlichen Mitglieder in diesem Jahre war etwas geringer als im März vorigen Jahres, da-

Digitized by Google

gegen blieb die der weiblichen Personen weit hinter der des Vorjahrs zurück. Die starke Steigerung der männlichen Personen entfällt in der Hauptsache auf die Orts- und Betriebskrankenkassen.

Ueber die Arbeitslosigkeit im März d. J. berichten 50 Fachverbände mit 2059633 Mitgliedern. Von diesen waren im Berichtsmonat 2,3% gegen 2,9% im Februar 1913 arbeitslos. Von Ende Februar bis Ende März findet regelmäßig ein starker Abfall der Arbeitslosigkeit statt. Im Vorjahr war er viel stärker als in diesem Jahre; damals sank die Arbeitslosigkeit von 2,5% zu Ende Februar auf 1,6% zu Ende März. Die Arbeitslosigkeit vom Ende März dieses Jahres erreicht also nahezu den Stand des Februar vorigen Jahres.

Bei den berichtenden Arbeitsnachweisen entfielen im März 1913 auf je 100 offene Stellen bei den männlichen Personen 168 Arbeitsuchende gegen 190 im Vormonat und 145 im gleichen Monat des Vorjahrs; bei den weiblichen Personen waren die entsprechenden Zahlen 87,91 und 84. Danach hat sich bei beiden Geschlechtern der Andrang der Arbeitsuchenden im März gegen den Februar gemindert und zwar beim männlichen Geschlecht in stärkerem Maße als beim weiblichen.

Der Arbeitsmarkt in Berlin und in der Provinz Brandenburg weist gegenüber dem Vormonate keineswegs eine durchgreifende Besserung auf, wenn auch vielfach eine leichte Belebung zu verzeichnen war. In Schleswig-Holstein, Lübeck und Hamburg war die Gesamtlage in Anbetracht der Jahreszeit befriedigend. In Westfalen, Lippe-Detmold und im Rheinlande brachte die günstige Frühjahrswitterung eine Besserung des Arbeitsmarkts, die in einer starken Nachfrage nach Arbeitskräften und in einem verminderten Angebot von Arbeitsuchenden zum Ausdruck kam. In Hessen, Hessen-Nassau und Waldeck war allenthalben eine Besserung der Arbeitslage zu verzeichnen. In Bayern und Württemberg war die Arbeitslage vielfach noch ungünstig, doch zeigte sich eine kleine Belebung und Besserung. In Baden hielt die Besserung der allgemeinen Geschäftslage an.

Die Vermittlung landwirtschaftlicher und industrieller Wanderarbeiter ist gegenüber dem Vormonate weiter gestiegen.

Ueber die Bewegung der ausländischen Arbeiter auf dem deutschen Arbeitsmarkt im März 1913 berichtet die deutsche Arbeiterzentrale:

„Der Berichtsmonat brachte den Hauptzuzug der ausländischen Arbeiter, doch haben sich die Hoffnungen auf eine günstige Gestaltung des Marktes der Arbeiter aus Rußland und Oesterreich-Ungarn für den Monat März nicht erfüllt. An der russischen Grenze ließ der sich anfänglich steigernde Andrang bald und zwar schon kurz vor Ostern nach, und wenn auch in den ersten Tagen nach Ostern die Zuwanderung noch einmal zunahm, so genügte dies für den Bedarf in keiner Weise. An der österreichischen Grenze hatte die Aufhebung des Auswanderungsverbots einen erheblichen Einfluß auf die Arbeitsmarktlage. Alle Arbeiter, welche durch das Verbot zurückgehalten waren, strömten nun den Grenzen zu, so daß sich an einigen Tagen ein gewaltiger Grenzverkehr entwickelte. Schließlich flaute aber auch hier die Zuwanderung gegen Ende des Monats bedeutend ab, um dann fast ganz aufzuhören.

Auf dem landwirtschaftlichen Arbeitsmarkt der Ostgrenze stand einer bedeutenden Nachfrage ein einigermaßen genügendes Angebot nicht gegenüber. Hunderte von Aufsehern belagerten die Grenzübergänge und suchten durch gegenseitiges Ueberbieten der Löhne die ankommenden Arbeiter für sich zu gewinnen. Es wurden nicht selten 20—40 Pf. höhere Tagelohnsätze als in früheren Jahren geboten. Trotzdem blieben viele Aufseher und Vorschnitter ohne Leute. Die Zahl der den landwirtschaftlichen Betrieben am Ende des Berichtsmonats noch fehlenden Arbeitskräfte dürfte unter diesen Umständen nicht unbeträchtlich sein.

Auf dem industriellen Arbeitsmarkte war es ziemlich still. Der Bedarf der oberschlesischen Gruben konnte zwar nicht überall gleich gedeckt werden, doch machte sich ein wirklicher Mangel an Leuten nicht fühlbar. Tiefbauarbeiter wurden nur noch in geringer Anzahl verlangt.

Die Ueberseeauswanderung dauerte in dem alten Umfang fort. An der Nordostgrenze wurden täglich 650 bis 700 Amerikaauswanderer festgestellt. Ebenso passierten auch die österreichische Grenzstrecke Auswanderer in großer Zahl. Auch der Wettbewerb aus Böhmen und dem sonstigen Oesterreich, aus Frankreich und den skandinavischen Ländern machte sich für den deutschen Markt noch stärker als bisher fühlbar.

Bei den Wanderarbeitern aus Rußland kann die Zuwanderung über die schlesische und posensche Grenzstrecke in der Hauptsache als beendet angesehen werden. Nur an einigen Punkten werden noch größere Trupps erwartet. An der westpreußischen Grenze dürfte hingegen, nachdem der eigentliche Zuzug hier erst nach den Osterfeiertagen kräftig eingesetzt hat, die Zuwanderung noch ihren Fortgang nehmen. An der ostpreußischen Grenzstrecke setzt der Zuzug in jedem Jahre, bedingt durch die klimatischen Verhältnisse, fast vier Wochen später ein. Hier bringt erst der Monat April die Hauptsaison, und es bleibt abzuwarten, wie sich die Verhältnisse gestalten werden.

Die Hauptmasse der galizischen Arbeiter ist im März gekommen, so daß jetzt nur noch mit Nachzüglern gerechnet werden kann, wenn nicht noch die Tage nach dem ruthenischen Osterfest ein erhöhtes Angebot bringen. Aus Ungarn sind im günstigsten Falle noch einige Hundert Zuzügler zu erwarten, doch sind die Aussichten hierfür sehr unbestimmt.

Der Zuzug von Arbeitern aus Italien war kein besonders lebhafter. Die italienische Presse warnt vor der Auswanderung nach Deutschland wegen der bevorstehenden Lohnstreitigkeiten im Baugewerbe. Die Leute, die über die Grenze kommen, suchten wie immer mit der beginnenden wärmeren Jahreszeit in offenen Betrieben, namentlich im Tiefbaugewerbe, Unterkunft, so daß die Nachfrage der Montanindustrie nicht gedeckt werden konnte.

Holländische Arbeiter kamen im Monat März ziemlich zahlreich über die Grenze. Wie die Italiener bevorzugten auch sie Erdarbeiten und zeigten im allgemeinen eine Abneigung gegen Grubenarbeit. Knechte und Viehwärter wanderten nur wenig zu, und hauptsächlich gegen Ende des Berichtsmonats herrschte ein großer Mangel an holländischen Viehwärtern.

Bei den dänischen Arbeitern ist der Zuzug etwas lebhafter geworden, doch beschränkte sich derselbe fast ausschließlich auf landwirtschaftliche Dienstboten.

Die Vierteljahrsstatistik über Arbeitslosigkeit in deutschen Fachverbänden baut sich für das erste Vierteljahr 1913 auf Berichten von 50 Vereinigungen auf. Für die Berichterstattung über Arbeitslosigkeit kommen zurzeit 52 Fachverbände in Frage, von denen nur zwei, nämlich der Gewerkverein der Töpfer und der der Bäcker, Konditoren usw. nicht berichtet haben.

In der Hauptübersicht erscheinen die berichtenden Verbände mit 2059633 Mitgliedern, von denen 2003381 Personen von der Berichterstattung umschlossen werden. Arbeitslos am Orte waren zu Ende der letzten Woche des März 41752, auf der Reise befindlich 3882 Arbeitslose, also zusammen 45634 Personen, gleich 2,3% des Mitgliederbestandes. Die entsprechenden Zahlen am Schlusse der letzten Woche im Februar stellen sich auf 53809 und 3372, zu Ende der letzten Woche im Januar auf 59728 und 2948. Die hierauf sich gründenden

Digitized by Google

Verhältnisziffern sind demnach für den Stichtag im März 2,3, im Februar 2,9 und im Januar 3,2%.

Der Stand der Arbeitslosigkeit zu Ende des Vierteljahrs 1913 war in fast allen Gewerbegruppen — ausgenommen die Industrie der Steine und Erden und das Reinigungsgewerbe — verhältnismäßig höher als zu Ende der gleichen Vorjahrszeit. Das war insbesondere der Fall beim Baugewerbe, in der Industrie der Holz- und Schnitzstoffe und in der Industrie der Nahrungs- und Genußmittel. Was die Zahl der Fälle von Arbeitslosigkeit in der Berichtszeit betrifft — berechnet auf 100 der berichtenden Mitglieder —, so ergibt sich eine merkliche Spannung zu ungunsten der Berichtszeit beim Reinigungsgewerbe, in der Industrie der Nahrungs- und Genußmittel und in der Industrie der Holz- und Schnitzstoffe. Hinsichtlich des wirklichen Umfanges der Arbeitslosigkeit ist eine merkliche Besserung gegenüber der gleichen Vorjahrszeit festzustellen im Handels- und Transportgewerbe; dagegen zeigten eine wesentliche Zunahme des Umfanges der Arbeitslosigkeit: das Baugewerbe, die Industrie der Holz- und Schnitzstoffe und die Industrie der Nahrungs- und Genußmittel."

Eine Lohnklassenstatistik der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend wird durch folgende Angaben über die Mitgliederbewegung bei dieser Kasse eingeleitet:

„Der Rückgang der Gesamtzahl der versicherungspflichtigen Mitglieder der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend, der im Dezember v. J. begann, hielt nur im Januar d. J. an. Die Mitgliederzahl, die von 195461 im Oktober v. J. auf 189591 im Dezember v. J. gesunken war, sank Ende Januar 1913 weiter auf 185656, um über 185768 im Februar auf 189958 im März d. J. zu steigen. Mit dieser Steigerung übertraf sie diejenige der entsprechenden Monate des Vorjahrs, wo die Mitgliederzahl von 174335 im Januar auf 179860 im Februar und 185250 im März gestiegen war.

Bei Unterscheidung der versicherungspflichtigen Mitglieder nach dem Geschlecht ergibt sich, daß die Zahl der männlichen Mitglieder von Januar auf Februar etwas gesunken ist (von 128479 auf 128233) und im März desto bedeutender in die Höhe ging (auf 132440). Die Zahl der weiblichen Mitglieder zeigt umgekehrt von Januar auf Februar eine kleine Steigerung (von 57177 auf 57535) und von Februar auf März einen kleinen Rückgang auf 57518 Personen."

Im weiteren wird dargestellt, wie sich die Gesamtzahl der männlichen und der weiblichen Mitglieder auf die einzelnen Lohnstufen, und zwar innerhalb der verschiedenen Berufsgruppen verteilen.

In ähnlicher Weise schließt sich hieran ein Statistik der im Januar 1913 bei den Ortskrankenkassen zu Düsseldorf, Karlsruhe, Lübeck, Plauen und Straßburg i. E. angemeldeten Mitglieder nach Lohnstufen, und zwar gleichfalls unter Sonderung der Berufsgruppen.

Aerzte und Angestelltenversicherung.

In einem Rundschreiben vom 5. Juni 1912 hatte das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt die Zentralbehörden der Bundesregierungen ersucht, den beamteten Aerzten die allgemeine Genehmigung zur Uebernahme einer Vertrauensarztstelle für die Angestelltenversicherung zu erteilen. Dies hat die Privatärzte begreiflicherweise beunruhigt und hat verschiedentlich zu Vorstellungen geführt. Auf eine Eingabe der badischen Aerztekammer erwiderte das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt, daß es allerdings, ohne die Bedeutung des behandelnden Arztes für die Abgabe von Gutachten zu verkennen, nach den Erfahrungen bei der Invalidenversicherung und aus verwaltungstechnischen Gründen für notwendig halte, die Begutachtungen vorzugsweise einem begrenzten Kreise von Gutachtern zu übertragen und hierzu die beamteten Aerzte heranzuziehen, daß aber keineswegs die Absicht bestehe, die praktischen Aerzte von der vertrauensärztlichen Tätigkeit auszuschließen. Die Besorgnis einer Schädigung des ärztlichen Ansehens und Einkommens erscheine daher nicht gerechtfertigt; auch die Interessen der Versicherten würden nicht beeinträchtigt, da dem behandelnden Arzt Gelegenheit gegeben sei, seine Auffassung zum Ausdruck zu bringen.

Am schärfsten werden die Bedenken der Aerzte und der Standpunkt der Reichsversicherungsanstalt beleuchtet durch die Eingabe des Leipziger Verbandes der Aerzte Deutschlands vom 5. April 1913 und den Bescheid der Versicherungsanstalt vom 19. April 1913. Der Verband führte aus:

„Wenn der vom Versicherten selbst gewählte Arzt, der ihn und seine Familie in den Tagen der Krankheit regelmäßig behandelt, bei dem Verfahren auf Einleitung des Heilverfahrens oder einem solchen, das auf Abkürzung der Wartezeit hinzielt, gar nicht gehört wird, so muß in den Kreisen der Versicherten, und noch darüber hinaus, die Meinung entstehen, daß nach der Ansicht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt ein sehr großer Teil der in Deutschland praktizierenden, nicht beamteten Aerzte unfähig und nicht vertrauenswürdig ist, bei der Durchführung der Angestelltenversicherung die ihnen obliegenden Pflichten zu erfüllen. Mag auch ein hohes Direktorium der Reichsversicherungsanstalt seinen in dem Rundschreiben vom 5. Juli 1912 gemachten Vorschlag aus einem anderen Grunde gemacht haben, die Versicherten werden sich nur aus ihm die Ausschaltung der freipraktizierenden Aerzte von der Gutachtertätigkeit in der Angestelltenversicherung erklären können! Deshalb ist dieser Vorschlag geeignet, das Ansehen des gesamten ärztlichen Standes herabzusetzen, und er bereitet, wenn auch unbeabsichtigt, den deutschen Aerzten eine große, unverdiente Kränkung.

Der Vorschlag ist aber auch unzweckmäßig, und seine Erfüllung widerspricht dem Interesse der Reichsversicherungsanstalt und auch dem Interesse der Versicherten! Denn der behandelnde Arzt hat in der Regel eine genaue Kenntnis der häuslichen Verhältnisse, der Lebensweise, der früheren und letzten Tätigkeit, der Neigungen und Gewohnheiten seines Patienten und der von diesem bereits überstandenen Krankheiten sowie besonders der zuletzt beobachteten krankhaften Erscheinungen und meistens auch der in der Familie desselben erblichen Leidens. Diese Kenntnis geht dem Arzte, der als besonderer Vertrauensarzt nur zu einer bestimmten Begutachtung den Patienten untersucht, ihn oft dabei zum ersten Male sieht, vollkommen ab; dieser Arzt wird in seinem Gutachten oft da auf die einseitig gefärbten Angaben des Versicherten angewiesen sein, wo der behandelnde Arzt sich auf selbst gemachte Erfahrungen stützen kann. Diese Erfahrungen geben gerade dem Gutachten des behandelnden Arztes, das zum Zwecke der Einleitung eines Heilverfahrens verlangt wird, und noch mehr einem für die Abkürzung der Wartezeit erforderlichen Gesundheitszeugnisse eine sehr große Beweiskraft, und das Fehlen dieser Erfahrungen kann sogar in zweifelhaften Fällen ein einwandfreies Gutachten unmöglich machen.

Wir verkennen dabei nicht, daß nicht in allen Fällen der behandelnde Arzt der alleinige, ausschlaggebende Sachverständige sein kann. Es wird in der Angestelltenversicherung schwierig liegende Fälle geben, in denen Beobachtung in Kliniken oder größeren Krankenhäusern oder auch Nachuntersuchung durch andere, vom Ver-

Digitized by Google

sicherten völlig unabhängige Aerzte, also durch besondere Vertrauensärzte, die auch beamtete Aerzte sein können, notwendig sein wird. Aber diese Fälle werden nicht die Regelfälle sein, und die in diesen Fällen erforderlichen Beobachtungen und Nachuntersuchungen dürfen nicht als aus Mißtrauen gegen die Befähigung des behandelnden Arztes angeordnet erscheinen, sondern nur als Ergänzung des Urteils des behandelnden Arztes über den Zustand des zu begutachtenden Versicherten, wenn eine solche Ergänzung dem Rentenausschusse oder der Reichsversicherungsanstalt nötig erscheint.

Wir richten deshalb an ein hohes Direktorium die Bitte, von der nach dem Rundschreiben vom 5. Juli 1912 beabsichtigten Regelung der ärztlichen Gutachtertätigkeit abzusehen und in der Regel die behandelnden Aerzte als Gutachter zuzulassen."

Die Antwort des Direktoriums lautete:

„In der gleichen Angelegenheit hat das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt bereits dem Vorstande der Aerztekammer im Großherzogtum Baden auf eine Eingabe ausführlich geantwortet. Abschrift der Eingabe und unseres Antwortschreibens vom 1. März d. J., auf das wir uns gestatten Bezug zu nehmen, sind beigefügt.

In Ergänzung dieses Schreibens bemerken wir, daß wir nach Abschluß der organisatorischen Vorarbeiten am 31. März d. J. die Aufforderung zur Uebernahme vertrauensärztlicher Tätigkeit für die Reichsversicherungsanstalt auch an eine große Anzahl nichtbeamteter, in allgemeiner Praxis stehender Aerzte gerichtet haben. Es darf übrigens nicht übersehen werden, daß die überwiegende Mehrzahl der beamteten Aerzte in Preußen, Bayern und anderen Bundesstaaten als praktizierende Aerzte tätig sind.

Die Mitwirkung des behandelnden Arztes bei den Aufgaben der Reichsversicherungsanstalt ist in ausreichender Weise gewährleistet. Bei Anträgen auf Befreiung von der Versicherungspflicht oder Abkürzung der Wartezeit (§§ 397, 395 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) wird die Reichsversicherungsanstalt in erforderlichen Fällen neben dem vertrauensärztlichen Zeugnis ein Attest des behandelnden Arztes einfordern. Bei Einleitung des Heilverfahrens wird nach der von uns getroffenen Regelung dem Versicherten empfohlen, dem Antrag eine kurze Bescheinigung seines behandelnden Arztes über Notwendigkeit und Aussicht des Heilverfahrens beizufügen. Da ihm für diese kurze Bescheinigung 3 Mark von der Reichsversicherungsanstalt erstattet werden, liegt für ihn kein Grund vor, seinen behandelnden Arzt zu übergehen. Der Einfluß des behandelnden Arztes auf das Heilverfahren und sein Ansehen bei dem Kranken werden dadurch in jeder Weise gewahrt.

Wenn zur Feststellung der Voraussetzungen des § 36 des Versicherungsgesetzes für Angestellte daneben das Gutachten eines Vertrauensarztes verlangt wird, so wird kein Kranker in dieser grundsätzlichen Forderung eine Zurücksetzung seines behandelnden Arztes oder ein Mißtrauen gegen denselben erblicken. Dagegen muß das Ansehen des behandelnden Arztes leiden, wenn nach dem Vorschlag der Eingabe ein zweites Gutachten von einem anderen Arzt nur in Ausnahmefällen eingeholt würde. Als ein solches Gutachten würde aber auch eine Ergänzung im Sinne der Eingabe betrachtet werden, soweit nicht eine spezialärztliche Nachuntersuchung in Frage kommt. Auch würde es sicherlich schwer halten, Aerzte zu einer nur gelegentlichen Gutachtertätigkeit wegen der damit verbundenen unangenehmen Begleiterscheinungen zu finden, wenn sich auch die Notwendigkeit zu einer erneuten Untersuchung nach den Erfahrungen auf dem Gebiete des reichsgesetzlichen Versicherungswesens häufiger, als in der Eingabe angenommen wird, ergeben würde.

Ferner sei darauf hingewiesen, daß die Herbeiziehung des behandelnden Arztes als Gutachter nicht frei von Bedenken ist. Er wird in Würdigung der rein ärztlichen Seite seines Berufes in gutem Glauben bestrebt sein, dem in seiner Behandlung stehenden Kranken eine erreichbare Zuwendung zu erwirken, selbst wenn das Verlangen danach nicht ganz berechtigt ist. Andererseits wird er durch ein streng objektiv gehaltenes Gutachten, das den Wünschen des Kranken nicht zu entsprechen vermag, sich nicht selten materiellen Schädigungen aussetzen. Diese Zwangslage des behandelnden Arztes als Gutachter darf nicht unterschätzt werden.

Da es sich bei der Reichsversicherungsanstalt für die Vertrauensärzte ausschließlich um gutachtliche und sozialhygienische Aufgaben handelt, so dürften auch für die Reichsversicherungsanstalt die von der Aerzteschaft gebilligten Ausführungen Dr. Streffers auf dem 33. Aerztetag in Straßburg i. E. über die Zulassung von Vertrauensärzten für die Begutachtung und dergleichen bei Betriebsunternehmern, Krankenkassen und Gesellschaften zutreffen (Veröffentlichungen des Verbandes der Aerzte Deutschlands Nr. 14, S. 6[1])). In diesem Sinne haben auch abweichend von der in der Eingabe vertretenen Meinung mehrere dem Leipziger Verbande angehörende größere Aerzteorganisationen der von uns geplanten Regelung der ärztlichen Gutachtertätigkeit ihre Zustimmung erteilt.

Wir sind nach diesen Ausführungen nicht in der Lage, der an uns gerichteten Bitte zu entsprechen, und würden lebhaft bedauern, wenn den zur Gutachtertätigkeit bei der Angestelltenversicherung aufgeforderten praktizierenden Aerzten die Annahme dieser Tätigkeit erschwert würde.

Verurteilung wegen Betrugs durch Erschleichung einer Unfallentschädigung.

Sehr sachgemäß bringt die „Berufsgenossenschaft" (in Nr. 9) die folgende Mitteilung zur Warnung vor betrüglicher Ausbeutung der Versicherungsträger, wie sie leider nicht bloß auf dem Gebiete der Unfallversicherung gelegentlich vorkommt:

Erst im vorigen Jahre war ein Arbeiter B. in St. wegen der versuchten Erschleichung einer Unfallrente zu zwei Wochen Gefängnis verurteilt worden. Vor kurzem hatte sich dasselbe Gericht wieder mit zwei Fällen zu beschäftigen, die mit der Verurteilung wegen versuchten Betruges endigten.

Der Maurer G. aus A. fuhr im September 1911 mit einem Arbeitskollegen B. auf dem Rad nach Hause, stürzte unterwegs und zog sich eine Handverletzung zu. Der zuständigen Baugewerks-Berufsgenossenschaft wurde eine Unfallanzeige erstattet, die als Ursache des Unfalles angab, G. habe sich die Finger auf dem Bau zwischen Gerüstbrettern geklemmt. Auch bei der polizeilichen Vernehmung machten der Verletzte und der Zeuge diese Angabe. Die Berufsgenossenschaft ermittelte jedoch bald den wahren Sachverhalt. Das Schöffengericht in T. verurteilte G. zu 15 M., den Zeugen B. zu 30 M. Geldstrafe und zur Tragung der Kosten.

Im zweiten Fall handelte es sich um den Maurer G. aus D. Nach der Unfallanzeige sollte diesem im

---

[1]) Rechte und Pflichten des Kassenarztes. „Ich glaube aber trotzdem, daß es zweckmäßig ist, wenn wir hier vor der Oeffentlichkeit nochmals aussprechen, daß die freie Arztwahl jedem Betriebsunternehmer, jeder Krankenkasse und jeder Gesellschaft gestattet, für ihre Begutachtungen u. dgl. Vertrauensärzte anzustellen wie bisher."

Digitized by Google

Oktober 1911 auf einem Bau in W. beim Rüstlochgraben ein kleiner metallischer Gegenstand ins Auge geflogen sein. Tatsächlich war ihm aber in der Gutsschmiede, wo er nichts mit dem Betriebe Zusammenhängendes zu tun hatte, ein dem Schmied, dem er zusah, beim Schmieden abspringender Eisensplitter ins Auge geflogen. G. versuchte zwar noch, den Aufenthalt in der Schmiede als durch eine Betriebstätigkeit geboten darzustellen, doch hatte er mit seinen unwahren Angaben keinen Erfolg. Das Schöffengericht in D. verurteilte ihn vielmehr zu 45 M. Geldstrafe und zur Tragung der Gerichtskosten.

Es kann nicht eindringlich genug davor gewarnt werden, derartige Versuche von Rentenerschleichung zu machen. Sie sind bei der heutigen Organisation der Berufsgenossenschaften von vornherein als aussichtslos anzusehen. Andererseits bilden sie aber ein böses Beispiel, wenn man bedenkt, daß eine Einrichtung, welche ohne Beihilfe der Arbeitnehmer nur zu ihrem Wohle besteht, in solcher Weise von ihnen mißbraucht wird.

Sprechsaal.

(Wdm.) Zu Art. 21 Einf.Ges. z. RVO.

Nach Art. 19. Einf.Ges. z. RVO. hat das Versicherungsamt den Krankenkassen, die ihre Zulassung gemäß Art. 17 a. a. O. beantragt haben, eine Frist zu setzen, binnen deren ein Entwurf der Kassensatzung einzureichen ist, der den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung entspricht. Verschiedene Kassen sind nun an unser Versicherungsamt mit dem Wunsche herangetreten, es möchte die Frist zur Einreichung des Entwurfs bis zum 30. Juni festgesetzt werden, das heißt, bis zu dem Tage, bis zu dem die Satzung mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Einklang gebracht werden soll (Art. 21 a. a. O.). Die Kassen berufen sich dabei auf das Schreiben des Reichskanzlers (im Auftrage Caspar) vom 20. Februar 1913, II 1131[1]). Dort heißt es u. a., daß nach der Auffassung des Reichskanzlers der Vorschrift des Art. 21 schon genügt wird, „wenn die Kassen, die ihre Zulassung beantragt haben, ihre neue, mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Einklang gebrachten Satzungen bis zum 30. Juni 1913 eingereicht haben. Werden nach diesem Tage noch Aenderungen der Satzungen nötig, bevor diese genehmigt werden können, so können sie unbedenklich nachgeholt werden, ohne daß eine Schließung der Kassen zu befürchten ist". Die Erstreckung der Frist aus Art. 19 a. a. O. bis zum 30. Juni entspricht meines Erachtens nicht dem Gesetze. Denn es wäre unverständlich, weshalb das Versicherungsamt nach Art. 19 für die Einreichung des Entwurfs eine besondere Frist setzen soll, wenn dieser Entwurf ohne weiteres bis zum Ablauf der Frist des Art. 21 rechtzeitig sollte eingereicht werden können. In beiden Artikeln handelt es sich um verschiedene Dinge. Während Art. 19 den Entwurf der Satzung nennt, spricht Art. 21 von der Satzung selbst. Von einer Satzung im Sinne der Art. 20 und 21 a. a. O. kann aber doch frühestens dann die Rede sein, wenn ein Entwurf vorliegt, der im wesentlichen den für die Kassensatzungen vorgesehenen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung entspricht. Es läßt sich sogar der Standpunkt vertreten, daß eine den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung entsprechende Satzung erst dann vorliege, wenn das Oberversicherungsamt sie gemäß § 324 RVO. genehmigt hat. Diese letzte Auffassung verträgt sich nicht mit der in dem Schreiben des Reichskanzlers ausgedrückten Auslegung; denn danach kann die Satzung (nicht der Entwurf!) geändert werden, ehe sie genehmigt ist. Will man aus diesem Schreiben aber schließen, daß Satzung und Satzungsentwurf in den Art. 19—21 a. a. O. völlig gleiche Bedeutung hätten, so würde damit dem Gesetze Gewalt angetan und der Willkür der Behörden Tür und Tor geöffnet. Denn wo ist die Grenze, innerhalb deren ein Entwurf oder eine Satzung im Einklange mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung ist? Die eine Behörde wird sie weit, die andre eng stecken. Geht nun in den letzten Junitagen, so spät, daß eine Prüfung durch das Versicherungsamt vor dem 30. Juni und die Einreichung eines verbesserten, der Reichsicherungsordnung entsprechenden Entwurfs durch die Kasse nicht mehr möglich ist, ein solcher Enwurf ein, den das Versicherungsamt für die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nicht entsprechend ansieht, so wird die Kasse geschlossen werden müssen. Auf der anderen Seite wird ein weitherziges Versicherungsamt jeden Entwurf, mag er auch noch soviele Verstöße gegen die Reichsversicherungsordnung enthalten, der bis zum 30. Juni eingeht, als eine Satzung nach Art. 21 ansehen; denn weil ja wohl kaum jemals ein Entwurf eingehen wird, der keine Bestimmung der Reichsversicherungsordnung beachtet, wird jeder Entwurf durch teilweise Abänderung „in vollem Umfange" der Reichsversicherungsordnung angepaßt werden können. Soll nun hinterher festgestellt werden, der und jener Entwurf oder die und jene Satzung ist nicht im Einklange mit der Reichsversicherungsordnung, weil allzuviel daran zu ändern wäre, die Kasse ist also zu schließen — oder sollen nun nachträglich alle Entwürfe, mögen sie nun viel oder wenig Verstöße gegen die Reichsversicherungsordnung enthalten, noch in Einklang mit der Reichsversicherungsordnung gebracht werden können? Kann den Kassen dazu eine Frist gesetzt werden?

Allen diesen Schwierigkeiten begegnet man dadurch, daß den Kassen gemäß Art. 19 eine Frist gesetzt wird, innerhalb deren von ihnen ein Entwurf einzureichen ist. Die Entwürfe werden geprüft, notwendig werdende Aenderungen werden den Kassen mit möglichster Beschleunigung mitgeteilt und diese sind, falls die Frist aus Art. 19 einige Zeit vor den 30. Juni endigt, in der Lage, diese Aenderungen vorzunehmen. Der so geänderte wieder eingereichte Satzungsentwurf ist dann als die mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Einklang gebrachte Satzung im Sinne des Art. 21 anzusehen, ist also bis zum 30. Juni einzureichen.

Dies Verfahren entspricht auch allein dem Interesse der Kassen selbst; denn nur so haben sie die Gewißheit, daß die von ihnen eingerichte Satzung dem Gesetze entspricht und daher Aussicht auf Genehmigung hat. Aus diesen Gründen ist hier auch eine Verlängerung der Frist aus Art. 19 Einf.Ges. bis zum 30. Juni abgelehnt worden.

[1]) Anmerkung der Redaktion: Der Bescheid des Reichskanzlers ist hier S. 199 abgedruckt; wir verweisen auf unsere Bemerkung dazu S. 200.

Digitized by Google

Literarisches.

Grundriß der sozialen Hygiene, für Mediziner, Nationalökonomen, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer. Von Dr. Alfons Fischer, Arzt in Karlsruhe. Berlin 1913 bei Julius Springer. 448 Seiten. Preis 14 M., geb. 14,80 M.

Der Verfasser ist durch einzelne Arbeiten aus dem bezeichneten Gebiete bekannt. Jetzt bietet er in dem Grundriß ein „System" der sozialen Hygiene — ein dankenswertes und wohlgelungenes Unternehmen. Denn der reiche Stoff ist nicht nur zusammengetragen, sondern wirklich in systematischer Gliederung nach einheitlichen Gesichtspunkten geordnet und klar und anschaulich vorgetragen. Die soziale Hygiene ist definiert als Wissenschaft von den Beziehungen zwischen den gesundheitlichen und den sozialen Verhältnissen verschiedener Bevölkerungsgruppen und zugleich als praktisches Betätigungsfeld, indem sie Forderungen zur Erhaltung und Hebung der Gesundheit jener Gruppen aufstellt und zu verwirklichen sucht. Demgemäß schließt sich an die vier ersten Abschnitte — Allgemeines; Faktoren des sozialen Gesundheitswesens; sozialhygienische Zustände einzelner Klassen; Beziehungen einzelner Krankheitsarten zu sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen — der Abschnitt V „Allgemeine Maßnahmen der sozialen Hygiene", worin selbstverständlich auch auf die Arbeiterversicherung, auf Krankheitsverhütung und -behandlung sowie auf Verhütung der Invalidität und Fürsorge für Invalide eingegangen wird. Die Anschaulichkeit der Darstellung des lehrreichen Buches wird noch unterstützt durch 70 in den Text gedruckte Abbildungen.

Reichsgewerbeordnung mit dem Hausarbeits-, Kinderschutz- und Stellenvermittlergesetze. Für die Praxis erläutert von Dr. Georg Lindenberg, Geh. Oberjustizrat, Senatspräsident beim Kammergericht. Berlin 1913 bei Otto Liebmann. 461 Seiten. Preis 11 M., geb. 12,50 M.

Das Buch ist ein durch den Anhang erweiterter Abdruck aus der vierten Auflage des Stengleinschen Kommentars zu den strafrechtlichen Nebengesetzen, enthält aber einen Kommentar des ganzen Gesetzes auch nach der verwaltungs- und zivilrechtlichen Seite hin. Der Anhang enthält Kaiserl. Verordnungen und Bundesratsbestimmungen zur Ausführung der Gewerbeordnung, darunter auch die Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln. Die Erläuterungen sind, bei aller Knappheit der Fassung, klar und inhaltsreich; sie ziehen die Literatur heran und weisen namentlich Entscheidungen in erstaunlicher Fülle nach. Im Eingange des Kommentars sind die Ausgaben und Kommentare, die sonstige Literatur und die Materialien zur Gewerbeordnung und den zahlreichen ergänzenden und abändernden Gesetzen in größter Vollständigkeit aufgeführt. Auch die auf Art. 102, 103 Einf.Ges. z. RVO. beruhenden Aenderungen sind bereits berücksichtigt und an den zutreffenden Stellen in die Anmerkungen hineingearbeitet. Das Buch ist für den praktischen Gebrauch der Behörden und anderer Interessenten vorzüglich geeignet.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Verbuchung der Versicherungsbeiträge für die Kassenangestellten.

1. **Nach Wurzen.** Antwort: Die Krankenkasse muß die Versicherungsbeiträge für ihre eigenen Angestellten unter den persönlichen Verwaltungsausgaben verbuchen. Zu den sächlichen gehören nur Ausgaben für Schreibmaterial, Statutenbücher, Porti, Miete usw.

Muß die Krankenkasse Krücken liefern?

2. **Nach Wittenberg.** Antwort: Wenn der Arzt zur Unterstützung der Gehversuche, die offenbar die Heilung des Beinleidens fördern sollen, Krücken verordnet, so sind diese Heilmittel und nicht bloße Hilfsmittel, die dem Verletzten die Ertragung der Folgen der Verletzung erleichtern sollen. Darum müssen sie von der Krankenkasse geliefert werden, wenn sie nicht die Kosten ähnlicher Heilmittel, wie Bruchbänder, übersteigen. Die Grenze hierfür wird in der Praxis gewöhnlich mit 20 M. angenommen (vgl. Arb.-Versorgg. 15 S. 43, 23 S. 730 Nr. 7).

Ortskrankenkassen, deren Errichtung nach dem Krankenversicherungsgesetz nicht zulässig war, sind auch nach der Reichsversicherungsordnung nicht zuzulassen.

3. **Nach M.** Antwort: Allerdings sind Ortskrankenkassen, welche allein für Versicherte eines Geschlechts bestehen, nach § 239 RVO. zuzulassen, wenn sie den Anforderungen der §§ 240 bis 242 genügen. Dabei ist aber nur an Kassen gedacht, die vor der Geltung des Krankenversicherungsgesetzes errichtet waren und gemäß § 85 KVG. bestehen blieben. Seit Geltung des Krankenversicherungsgesetzes durften solche Kassen nicht mehr errichtet werden (vgl. den Min.Besch. vom 8. November 1894 Arb.-Versorgg. 1894 S. 641). Eine Kasse aber, die nicht errichtet werden durfte, darf selbstverständlich auch nicht nach § 239 zugelassen werden; denn sie müßte, wenn sie zugelassen würde, nach ausdrücklicher Vorschrift des § 269 Abs. 2 Ziff. 3 alsbald wieder geschlossen werden. Gegenüber diesen zwingenden Vorschriften kann sich die Kasse nicht auf „ein gewisses (?) Verjährungsrecht" berufen.

Digitized by Google

Beschäftigungsart eines Handlungsreisenden im Gegensatz zu einem Versicherungsaußenbeamten.

4. Nach Schm. Antwort: Wir halten die Entscheidung für begründet und können Ihre entgegengesetzte Auffassung nicht teilen. Mit Recht betont das Gericht, daß der Fall des klagenden Handlungsreisenden anders liegt als es gewöhnlich bei den sogen. Außenbeamten der Versicherungsgesellschaften der Fall ist. Bei diesen wird meist ihr Wohnort als die ihnen vom Arbeitgeber angewiesene oder doch genehmigte feste Arbeitsstätte anzusehen sein, an der sie die schriftlichen Arbeiten erledigen, von Interessenten aufgesucht werden können, Anträge entgegennehmen usw. und von der aus sie nur einzelne Arbeiten — die Reisetätigkeit — außerhalb dieser Betriebsstätte verrichten. Diese ist daher als ihr dauernder, für die Versicherung nach § 5 KVG. maßgebender Beschäftigungsort anzusehen. Anders liegt der Fall des Handlungsreisenden. Mit Recht verweist das Gericht darauf, daß diese Reisenden erfahrungsmäßig ihre Korrespondenz von der Reise aus zu erledigen pflegen. Wenn nun selbst im vorliegenden Fall es auch richtig sein sollte, daß der Reisende allwöchentlich einmal zu seiner Familie in P. zurückkehrte und dort seine Korrespondenz erledigte, so kann hieraus nicht abgeleitet werden, daß dieser sein Wohnort als die ihm vom Arbeitgeber angewiesene oder auch genehmigte feste Betriebsstätte zu gelten habe. Der Wohnort stellt hier in keiner Weise, wie bei jenen Außenbeamten, einen Mittelpunkt der Tätigkeit dar, sondern der Reisende verrichtet seine Arbeiten ausschließlich an wechselnden Orten außerhalb einer festen Betriebsstätte und ist daher nach § 5a KVG. am Betriebssitze der Firma versichert.

Eine bisherige Versicherungsberechtigung erlischt mit dem Inkrafttreten des neuen Rechts, wenn dieses sie nicht gleichfalls anerkennt.

5. Nach Cleve. Antwort: Mit dem Inkrafttreten des neuen Rechts erlischt die Versicherungsberechtigung derjenigen Personen, die ihrer Kasse gemäß § 5 des Statuts beigetreten waren, soweit diese Personen nicht unter eine der nach § 176 RVO. versicherungsberechtigten Gruppen fallen. Sie können der Kasse also nicht weiterhin angehören; § 313 RVO. ist nicht anwendbar, da er nur Weiterversicherung beim Ausscheiden aus versicherungspflichtiger Beschäftigung zuläßt. Wenn jene Personen Familienmitglieder von Versicherten sind, so kommen sie hiernach allerdings für die Familienversicherung in Betracht, sofern sie auch sonst „versicherungsfrei" im Sinne des § 205 RVO., d. h. nicht versicherungspflichtig sind.

Der Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt gegen die Krankenkasse aus § 1518 Abs. 2 RVO. verjährt in 30 Jahren.

6. Nach Berlin. Antwort: Die fragliche Entscheidung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 13. Juni 1908 ist in der Arb.-Versorgg. nicht abgedruckt. Sie besagt, daß die Ersatzansprüche der Krankenkassen gegen die Versicherungsanstalten aus § 18 Abs. 3 JVG. kraft selbständigen Rechts und nicht auf Grund einer gesetzlichen Zession seitens des Erkrankten geltend zu machen sind, so daß sie nicht der für den Anspruch des Versicherten geltenden kurzen, sondern der regelmäßigen (30jährigen) Verjährungsfrist unterliegen (Reger Entsch. 29 S. 89; vgl. auch Urt. desselben Gerichtshofs vom 21. Februar 1907, Arb.-Versorgg. 24 S. 329). Nach neuem Rechte kann nach der Fassung des § 1518 Abs. 2 RVO. nichts anderes gelten.

Bedeutung einer Amtsniederlegung aller Arbeitgebervertreter im Vorstand und in der Generalversammlung der Kasse.

7. Nach D. Antwort: Ein einzelnes Vorstandsmitglied kann allerdings nicht einfach sein Amt niederlegen, sondern würde zur Erfüllung seiner Pflichten nach § 45 KVG. anzuhalten sein. Anders aber liegt die Sache, wenn die Gesamtheit der Arbeitgeber im Vorstand und in der Generalversammlung eine solche Niederlegung erklärt. Die Arbeitgeber haben nach § 38 Abs. 1 nur „Anspruch" auf Vertretung in den Kassenorganen, aber sie können auf dies Recht nach § 39 Abs. 2 verzichten und es dann erst mit Ablauf der Wahlzeit wieder in Anspruch nehmen. Als ein solcher Verzicht ist es zu deuten, wenn die Gesamtheit der Arbeitgebervertreter ihre Aemter niederlegt. Die Kassenangelegenheiten werden infolgedessen von den Vertretern der Arbeitnehmer in beiden Organen allein erledigt. Ganz unerheblich und rechtsunwirksam ist es, wenn die ausgetretenen Arbeitgebervertreter, nachdem früher ein ordnungsmäßiger Beschluß auf Zulassung der Kasse oder auf ihre Ausgestaltung zur allgemeinen Ortskrankenkasse gefaßt und der erforderliche Antrag gestellt worden ist, jetzt die Schließung der Kasse beim Versicherungsamt beantragt haben.

Mutterschaftsleiden als Krankheiten; satzungsmäßige Einschränkungen des Anspruchs auf ärztliche Behandlung gelten hierbei nicht.

8. Nach Lippstadt. Antwort: Wenn bei nicht normal verlaufender Entbindung ärztliche Hilfe erforderlich wird, so liegt eben Krankheit im Sinne des § 6 KVG. vor, und die Kasse ist verpflichtet, die gesetz- oder satzungsmäßige Krankenunterstützung, also auch freie ärztliche Behandlung zu gewähren. Entsprechendes gilt bei nicht normal verlaufender Schwangerschaft; daher ist in solchen Fällen die gesetzliche Pflicht zur Gewährung der ärztlichen Behandlung gleichfalls eine unbedingte, also nicht abhängig von der einschränkenden Voraussetzung, welche die Satzung für die Gewährung ärztlicher Hilfe bei (normaler) Schwangerschaft aufstellt. Die weitere Vorschrift der Satzung, daß zur ärztlichen Hilfeleistung bei Entbindungen der Kassenarzt nicht verpflichtet ist, kann die Verpflichtungen der Kasse gegen die Mitglieder nicht berühren. Wird ihnen die Hilfe des Kassenarztes in Fällen, in denen sie Anspruch auf ärztliche Hilfe haben, versagt, so können sie einen anderen Arzt zuziehen.

Einfluß von Ungehörigkeiten eines Kassenmitgliedes im Krankenhaus auf den Unterstützungsanspruch. — Arbeitsversäumnis infolge der Reise zum Arzt als Erwerbsunfähigkeit.

9. Nach Duisburg. Antwort: a) Wenn ein Mitglied vom Arzt aus dem Krankenhaus verwiesen wird, weil es sich dort eine Ungehörigkeit hat zuschulden kommen lassen, so kann ihm deswegen, mag sie auch sehr grob gewesen sein, nicht die Krankenunterstützung entzogen werden. Will die Kasse das Mitglied nicht einem anderen Krankenhause überweisen, so muß sie ihm eben die ärztliche Behandlung außerhalb eines solchen zuteil werden lassen. Nur wenn es sich fortgesetzt grober Verstöße gegen die Hausordnung schuldig macht, so daß die ärztliche Behandlung im Krankenhaus einfach unmöglich wird, wird man annehmen dürfen, daß die Kasse zur Entziehung jeder Unterstützung berechtigt ist. Denn ein solches Verhalten ist der Weigerung, in ein Krankenhaus zu gehen, gleich zu erachten, und sie hat nach ständiger Praxis den Verlust des Anspruchs auf Kranken-

Digitized by Google

hilfe zur Folge. Wollte man nicht in solchen Fällen die Entziehung der Krankenunterstützung zulassen, so könnte das Recht der Kasse, die Krankenpflege im Krankenhause zu gewähren, durch absichtliche Widersetzlichkeit vereitelt werden. In Ihrem Falle könnte übrigens dem Verletzten, sofern die Satzung eine dem § 26a Ziff. 2 KVG. entsprechende Vorschrift enthielte, das Krankengeld, aber nur dieses, nicht auch die ärztliche Behandlung, gekürzt oder entzogen werden, wenn es sich um eine ernste Schlägerei handelte und der Verletzte durch seine Schuld in diese hineingezogen wurde, jedoch nicht, wenn nur eine scherzhafte Balgerei vorlag.

b) An sich liegt Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes, die den Anspruch auf Krankengeld begründet, vor, wenn das Mitglied wegen einer Reise zum Arzt nicht seiner Arbeit nachgehen kann (vgl. Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 6e zu § 182 S. 220). Das ist aber nur dann der Fall, wenn das Mitglied gar nichts oder im Verhältnis zu seinem gewöhnlichen Verdienst nur sehr wenig verdient. Der badische Verwaltungsgerichtshof hat z. B. eine Minderung des Tagelohnes um 60% nicht als genügend angesehen, um das Krankengeld zu bewilligen.

Welche Krankenkasse ist beim Wechsel der Mitgliedschaft zur Lieferung eines von der alten Kasse versprochenen Gebisses verpflichtet?

10. Nach C. Antwort: Ihre Kasse muß, nachdem sie sich dazu bereit erklärt hat, ein Drittel zu den Kosten des Gebisses beitragen, obwohl die Frau infolge Verlegung der Fabrik Mitglied einer anderen Kasse geworden ist, bevor das Gebiß vom Zahnarzt in Arbeit genommen wurde. Die neue Kasse ist dazu nicht verpflichtet, selbst wenn man mit dem Preußischen Oberverwaltungsgericht sich auf den Standpunkt stellt, daß von dem Tage an, an welchem ein Versicherungsverhältnis gewechselt wird, die neue Kasse auch bei schwebenden Unterstützungsfällen die Unterstützung übernehmen müsse; denn dabei handelt es sich stets um Krankenpflege und Heilmittel, die noch weiterhin erforderlich sind, weil die Krankheit auch nach dem Mitgliedschaftswechsel andauert. In Ihrem Falle war aber das Heilmittel bereits durch den vor diesem Wechsel eingetretenen Krankheitszustand der Patientin notwendig geworden und dadurch der Anspruch auf die Lieferung an Ihre Kasse entstanden. Für diesen Anspruch muß es ohne Bedeutung sein, daß die Herstellung des Gebisses erst später in Angriff genommen werden konnte, weil erst der Mund nach dem Ausziehen der Zähne verheilen mußte.

Unterbrechung der Verjährung rückständiger Versicherungsbeiträge.

11. Nach Altena. Frage: Der Hausschlächter G. wurde am 13. Oktober 1911 aufgefordert, Beiträge zur Invalidenversicherung zu entrichten. Er weigerte sich und erklärte, daß er nicht versicherungspflichtig sei. Die Landesversicherungsanstalt beantragte darauf Entscheidung durch die untere Verwaltungsbehörde gemäß § 155 JVG. In der Entscheidung, datiert vom 16. Dezember 1911, wurde G. für versicherungspflichtig erklärt. Nachdem er diese Entscheidung angefochten hatte, wurde sie vom Oberversicherungsamte bestätigt. Die Entscheidung des Oberversicherungsamtes ist zugestellt am 25. Januar 1913. Für welche Zeit können Beiträge als noch nicht verjährt nachgefordert werden? Bemerkt sei, daß die Arbeitgeber des G. damals zur Entrichtung von Beiträgen nicht aufgefordert sind.

Antwort: Nach § 168 JVG. verjährten Rückstände binnen zwei Jahren nach der Fälligkeit: nach der am 1. Januar 1912 für die Invalidenversicherung in Kraft getretenen Vorschrift des § 29 RVO. dagegen verjähren die Rückstände in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs der Fälligkeit. Die Frist ist also die gleiche, aber ihr Beginn ist verschieden, und dieser bestimmt sich nach altem Rechte für alle vor dem 1. Januar 1912 fällig gewordenen Beiträge (Art. 6 Abs. 3 Einf.Ges. z. RVO.). Daher läuft die Verjährung für alle Rückstände aus den Jahren 1910 und 1911 an den dem Fälligkeitsdatum entsprechenden Kalendertagen der Jahre 1912 und 1913 (§ 125 RVO.), nicht erst mit Ablauf des betreffenden Kalenderjahrs ab. Es fragt sich nur, ob dieser Fristlauf durch die am 13. Oktober 1911 an den Versicherungspflichtigen gerichtete Zahlungsaufforderung unterbrochen wurde, so daß für alle damals noch nicht verjährten Rückstände die Frist von neuem begonnen hätte und erst mit Ablauf des 13. Oktober 1913 enden würde. Nach der ständigen Spruchübung des Reichsversicherungsamts (Rev.Entsch. 845, 921, 1460 Amtl. Nachr. 1900 S. 828, 1901 S. 544, 1910 S. 457) genügt allerdings zur Unterbrechung schon eine von der Versicherungsanstalt oder von einem ihrer zur Beitreibung berufenen Organe an den Beitragspflichtigen gerichtete Zahlungsaufforderung; aber beitragspflichtig ist gegenüber der Versicherungsanstalt nicht der Versicherungspflichtige, sondern sein Arbeitgeber (vgl. § 140 mit § 144 Abs. 1 JVG.; § 1426 mit § 1439 RVO.). Die an den Hausschlächter, statt an den Arbeitgeber, gerichtete Zahlungsaufforderung war daher auch vom Standpunkte des Reichsversicherungsamts nicht geeignet, die Verjährung zu unterbrechen. Es mag nur noch darauf hingewiesen werden, daß dieser Standpunkt nichts weniger als einwandsfrei ist und daß er mit der Rechtsprechung des preuß. Oberverwaltungsgerichts und des Reichsgerichts (Arb.-Versorgg. 1897 S. 464, 1904 S. 528) in Widerspruch steht, welche annehmen, daß die Vorschriften des bürgerlichen Rechts über die Unterbrechung der Verjährung anzuwenden sind und daß daher eine bloße Zahlungsaufforderung an den Beitragspflichtigen nicht hinreicht.

Die Krankenkassen müssen schon vor dem 1. Januar 1914 Dienstordnungen aufstellen und zur Genehmigung einreichen.

12. Nach Tr. Antwort: Die zur allgemeinen Ortskrankenkasse auszugestaltende Kasse muß bei ihrem Inslebentreten als Kasse des neuen Rechts, also am 1. Januar 1914, eine vom Oberversicherungsamt genehmigte Dienstordnung haben. Die hierauf bezüglichen §§ 351 ff. RVO. gelten (über Art. 38 Einf.Ges. hinaus) schon jetzt, insoweit es sich um Maßnahmen handelt, die zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung erforderlich sind (Art. 1 Einf.Ges.). Die Kassenorgane haben also schon jetzt die Dienstordnung nach Maßgabe des § 355 aufzustellen und zur Genehmigung einzureichen. Dabei tritt, in gleicher Weise wie für die erforderliche Beschlußfassung über die künftige Satzung, an die Stelle des Ausschusses die Generalversammlung.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe, Amtsgerichtsrat J. Hahn, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. Laß, Rat Dr. Olshausen, Geh. Hofrat Prof. Dr. Rosin, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. 21. Juni 1913.

Redaktion:	Nr. 18	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die freie Arztwahl und die Entscheidung des Kammergerichts gegen die Eintragung der kassenärztlichen Vereine.

Von Sanitätsrat Dr. Busch in Bochum.

Das preußische Kammergericht hat bekanntlich unter dem 4. April d. J. dahin entschieden, daß die kassenärztlichen Vereine die Rechtsfähigkeit durch amtsgerichtliche Eintragung ins Vereinsregister nicht erlangen können. Hiermit hat der in gleichem Sinne gehaltene Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom 22. November v. J. an die Regierungspräsidenten und den Polizeipräsidenten von Berlin seine Bestätigung erhalten.

Aus den Urteilsgründen des Kammergerichts interessiert im Hinblick auf die gegenwärtige Aerztebewegung und anf die andauernden Kämpfe zwischen Aerzten und Krankenkassen vor allem der Satz: „Ist schon das Streben nach Erlangung der freien Arztwahl als etwas rein Wirtschaftliches anzusehen.“ Denn gerade die freie Arztwahl und die Frage ihrer ethischen und wirtschaftlichen Bedeutung bildet den Hauptgegenstand des Streites sowohl zwischen den Aerzteparteien, als zwischen den Aerzten und Krankenkassen.

Die vom Kammergericht rundweg abgewiesene ethische Bedeutung der freien Arztwahl wollen die Verfechter dieses Systems am nachdrücklichsten damit beweisen, daß durch die freie Arztwahl den Kassenmitgliedern das Recht gewahrt werde, sich den Arzt des Vertrauens zu wählen.

Nun muß aber von vornherein sehr befremden, daß fast gar nicht von seiten der Versicherten, die doch in erster Linie an diesem Rechte interessiert sind, die Forderung der freien Arztwahl erhoben wird, sondern ganz vorwiegend von ärztlicher Seite. Schon allein bei Berücksichtigung dieser Tatsache ist es erklärlich, wenn der für die Kassenpraxis reklamierte „Arzt des Vertrauens“ recht anrüchig geworden ist. Im übrigen ist folgendes darüber zu sagen:

Während für die Gestaltung der Beziehungen zwischen Arzt und Patienten in der Privatpraxis im großen und ganzen ausschließlich die auf die Behandlung und Heilung der Krankheit gerichteten Rücksichten und Wünsche entscheidend sind, die aber durch das eigene Portemonnaie des Patienten mit durchschlagender Wirksamkeit reguliert werden, fehlt dieser Regulator in der Kassenpraxis. Ja an dessen Stelle treten hier Momente, die zum Teil nach geradezu entgegengesetzter Richtung wirken und danach angetan sind, das Verhältnis des Patienten zum Arzt völlig umzugestalten: Freie ärztliche Behandlung, freie Arznei, Krankengeld, Invalidengeld, Unfallrenten usw., alle diese Kassenleistungen werden zum größten Teil zufolge gutachtlicher Bescheinigungen des Kassenarztes den Kassenmitgliedern angewiesen. Der Kassenarzt hat also nach eigenem Dafürhalten den Leuten, die zugleich seine

Digitized by Google

Kundschaft bilden, Zuwendungen aus fremdem Portemonnaie zu übermitteln. Diese bedeutsame Tatsache, in keinem anderen Stande sich vorfindend, besonders auch nicht in dem mit dem Aerztestande so gern verglichenen Rechtsanwaltsstande, weist doch gewiß mit zwingender Logik auf die Notwendigkeit hin, daß der Kassenarzt vor ungehöriger Abhängigkeit von den Kassenmitgliedern bewahrt werde, damit er unberechtigten Zumutungen gegenüber den nötigen Widerstand betätige.

Hierüber noch viele Worte zu verlieren, hieße in der Tat Eulen nach Athen tragen. Auch daß der Schutz vor jener ungehörigen Abhängigkeit dem Arzte nur durch das fixierte Arztsystem gewährt werden kann, weil dieses die Konkurrenz unter den Aerzten in mäßigen Grenzen hält, bedarf keiner näheren Erörterung. Bei freier Arztwahl hingegen ist er wegen der mit ihr einhergehenden maßlosen Konkurrenz geradezu auf das Buhlen um die Gunst der Kassenmitglieder angewiesen, wenn er eine größere Kassenpraxis sich erringen will. Die Gefahr also, daß die Aerzte dem unlauteren Wettbewerb, der dem vorhin Gesagten gemäß leider überhaupt durch die Verhältnisse der Kassenpraxis in so bedrohliche Nähe gerückt ist, sich hingeben, daß sie also auch unberechtigten auf Aneignung der Kassenleistungen gerichteten Zumutungen nicht entgegentreten, ist mit der freien Arztwahl in viel höherem Grade verknüpft, als mit dem fixierten System. Die Aerzte, die solchen Versuchungen nachgebend den Löwenanteil der Kassenpraxis an sich reißen, die sog. Kassenlöwen, sind ja auch trotz aller Vorbeugungsmaßnahmen durch Kontrollkommissionen usw. eine ständige Begleiterscheinung gerade bei freier Arztwahl.

Hiermit dürfte der Versuch, unter Hinweis auf den „Arzt des Vertrauens" der freien Arztwahl einen ethischen Wert beizumessen, genügend gekennzeichnet sein.

Uebrigens wird überall bei Einführung des fixierten Arztsystems die durchaus zu begrüßende Einrichtung getroffen, daß den Kassenmitgliedern unter einer zwar begrenzten aber doch angemessenen Zahl von Aerzten die Wahl freisteht. Im Grunde genommen wird hiermit diese Freiheit den Kassenmitgliedern in derselben Weise gewährt, wie sie von den Privatpatienten ausgeübt wird, da ja auch für diese praktisch fast immer nur einige wenige Aerzte bei der Auswahl in Frage kommen. Wer also behauptet, das fixierte Arztsystem beschränke in unzulässiger Weise das Recht auf den „Arzt des Vertrauens", der urteilt grundfalsch.

Das einzige ethische Moment, das vielleicht zugunsten der freien Arztwahl geltend gemacht werden könnte, nämlich daß sie eine größere Unabhängigkeit der Aerzte von den Kassenverwaltungen gewährleiste, hat bei Lichte besehen lediglich die Bedeutung eines Scheingrundes. Und der Schein trügt in diesem Falle ganz gewaltig. Denn erstens läßt sich die Gefahr einer zu weitgehenden Abhängigkeit der Aerzte von den Kassenverwaltungen unter dem fixierten System durch Einigungskommissionen und Schiedsgerichte und durch sachliche Regelung der Bewerbungs- und Anstellungsverhältnisse der Kassenärzte vertraglich in völlig genügender Weise verhüten. Zweitens aber: Wie steht es demgegenüber mit der Unabhängigkeit der Aerzte bei freier Arztwahl? Kein Mittel gibt es, wie aus obigen Erörterungen leicht zu entnehmen, um die Aerzte unter diesem System vor jener sklavischen Abhängigkeit von den Kassenmitgliedern zu schützen, wodurch sie genötigt werden, sich deren Wünschen, auch wo es Torheiten oder Böswilligkeiten sind, zu fügen. Die Verfechter der freien Arztwahl selbst liefern hierfür schlagende Beweise: Wie sehr sie die Schwierigkeit einsehen, bei ihrem System die Aerzte auf dem Wege der Tugend zu halten, bestätigen sie durch ihre mit den weitgehendsten Befugnissen ausgestatteten Kontrollkommissionen. Diese erklären sie eben für unerläßlich, wenn die freie Arztwahl zufriedenstellend funktionieren solle. Aber selbst diese denkbar schärfste Kontrolle versagt und muß versagen, weil sie das Uebel nicht bei der Wurzel faßt. Den Unfug, der den „Kassenlöwen" zu ihren Erfolgen verhilft, verhindert sie nicht, läßt aber dafür die Unschuldigen mit den Schuldigen leiden und macht jede selbständige ärztliche Tätigkeit illusorisch.

So sieht es mit der Unabhängigkeit und Freiheit der Aerzte bei freier Arztwahl aus. Diese Freiheit, sie ist eine Knechtschaft schmählichster Art und wird obendrein verkauft durch den notgedrungenen Verzicht auf wissenschaftliches Arbeiten und demgemäß durch eine tiefbedauerliche Schädigung der medizinischen Wissenschaft. Denn weil bei freier Arztwahl

Digitized by Google

der eine Arzt den anderen an Vielgeschäftigkeit überbieten muß, erhalten wohl etwa 90 Prozent der ärztlichen Verordnungen den Charakter der pro forma-Rezepte, der sogenannten ut aliquid fiat-Rezepte, die aller Wissenschaft Hohn sprechen.

Derselbe Grund der Vielgeschäftigkeit bewirkt zugleich eine unerhörte Verringerung der ärztlichen Honorare, sobald man diese auf die ärztlichen Einzelleistungen berechnet. Bei der übergroßen Zahl der letzteren stellen sich eben die Beträge pro Einzelleistung lächerlich gering, mag das Pauschale pro Kopf der Kassenmitglieder und Jahr noch so hoch sein.

Betreffs der hiermit bereits berührten wirtschaftlichen Bedeutung der freien Arztwahl ist vor allem noch ein Punkt beherzigenswert: Mit Vorliebe wird in wirtschaftlicher Beziehung zugunsten der freien Arztwahl das Argument „Arbeitsmöglichkeit" verkündet, Arbeitsmöglichkeit für jeden Arzt! Aber die von der freien Arztwahl gebotene Arbeitsmöglichkeit könnte man, sobald die freie Arztwahl allgemein eingeführt wäre, mit viel größerem Rechte eine Arbeitsunmöglichkeit oder Verhungerungsmöglichkeit nennen. Denn die freie Arztwahl will an einer Arbeit gegebenenfalls zehnmal soviel Aerzte teilnehmen lassen wie zu deren Verrichtung genügen. Mit dieser Arbeitsmöglichkeit können sich nur jene Aerzte befreunden, die zu den oben erwähnten Kassenlöwen veranlagt sind. Durch den von ihnen getriebenen unlauteren Wettbewerb werden die meisten Aerzte und vor allem gerade die ehrenwertesten bei freier Arztwahl von ausreichender wirklicher Arbeit, von ausreichendem Erwerb im Namen der Arbeitsmöglichkeit ausgeschaltet.

Von überall her, auch aus den Städten, wo die freie Arztwahl sich glänzend bewähren soll, hört man, sofern man sich nur vertraulich erkundigt, aus dem Munde der beteiligten Kollegen bittere Klagen, die diese wirtschaftlichen „Segnungen" der freien Arztwahl bestätigen.

Und doch hat die Arbeitsmöglichkeit der freien Arztwahl leider ihren verführerischen Reiz, leider, weil zum Verderben des Aerztestandes. Daß den jungen Kollegen sofort die ganze Kassenpraxis offen steht, läßt ja Unkundigen das Studium der Medizin als außerordentlich vorteilhaft erscheinen. Daher ist denn eine heillose Ueberfüllung des Standes, deren betrübende Folgen hier nicht weiter erörtert zu werden brauchen, ein wirtschaftliches Mißgeschick für die Aerzte, womit zweifellos in erster Linie wieder nur das Konto der freien Arztwahl zu belasten ist. — Erst nach Jahr und Tag, wenn die jungen Kollegen von noch jüngeren mit noch flinkeren Beinen und noch biegsamerem Rückgrat bedrängt werden, sehen sie ein, wie sehr sie sich durch ein Blendwerk haben täuschen lassen.

Zum Schluß ist noch die Frage zu beantworten, woher es denn wohl kommt, daß trotz der offensichtlichen Schäden der freien Arztwahl so viele Aerzte sich den auf sie gerichteten Bestrebungen anschließen. In Wirklichkeit — das haben geheime Abstimmungen zur Evidenz erwiesen — sind es bei weitem nicht so viele Aerzte, die diese Bestrebungen billigen, wie es den Anschein hat; sie nehmen nur nicht Stellung dagegen, weil sie die Anfeindungen gewisser Kollegenkreise scheuen und weil sie zudem fest glauben, die freie Arztwahl komme ihnen doch nicht. Im übrigen ist die Frage, warum die Aerzte in so großer Zahl die Kämpfe um die freie Arztwahl ruhig mit ansehen, nicht schwer zu beantworten. Ein Hauptgrund, der für die jungen und jüngsten Kollegen bestimmend ist, wurde soeben besprochen. Aber ausschlaggebend ist das folgende: Wenn überall die freie Arztwahl eingeführt sein würde, wäre den organisierten Aerzten, die ja dann das Monopol für Lieferung von Kassenärzten besäßen, die unumschränkte Herrschaft über die Kassen in die Hand gegeben; die Kassen müßten, weil völlig wehrlos gemacht, allen Forderungen der Aerzte unbedingt sich fügen. Eine solche Herrschergewalt ausüben zu können, ist eben für manche allzu verlockend; diese Machtfülle an sich zu reißen, das ist das eigentliche Ziel, das Endziel derer, die die Einführung der freien Arztwahl durchaus, sei es direkt, sei es auf dem Umwege obligatorischer Kollektivverträge erkämpfen wollen. Aber ist ein solches Ziel gutzuheißen? Ist es mit den Grundsätzen der Moral und Gerechtigkeit zu vereinen, einen gleichberechtigten Vertragskontrahenten vergewaltigen zu wollen? Nein und abermals nein. — Dieses Endziel, es bildet gerade das allerschwerwiegendste Bedenken, das gegen die freie Arztwahl zu erheben ist.

Digitized by Google

Genug, die deutsche Aerzteschaft ist dem preußischen Kammergericht zu größtem Danke dafür verpflichtet, daß es in seinen Urteilsgründen in so entschiedener Form der freien Arztwahl jeden ethischen Wert abgesprochen hat. Ueber deren wirtschaftliche Bedeutung sich des näheren zu äußern, war ja nicht seine Aufgabe; aber schon das abgegebene Votum wird hoffentlich nicht verfehlen, zum Heile des Aerztestandes aufklärend auf weite Volkskreise zu wirken. Zum Heile des Aerztestandes! Denn wie im obigen gezeigt, wäre der ethische und wirtschaftliche Niedergang unseres Standes unabwendbar, wenn die allgemeine Einführung der freien Arztwahl über ihn hereinbrechen würde.

Zur Prüfung der neuen Krankenkassensatzungen.

Von Beigeordnetem **Dr. Treutlein** in Krefeld.

Bei Prüfung der neuen Satzung einer auszugestaltenden Kasse sind folgende Punkte zur Erörterung gekommen:

1. Der Eingang der Satzung sollte lauten:

„Auf Grund des Art. 15 EGRVO. wird die Ortskrankenkasse ... in ... mit Zustimmung des Kgl. Oberversicherungsamts zu ... vom ... nach den §§ 231, 320 der RVO. ausgestaltet."

Die Anführung der §§ 231, 320 ist aus der Mustersatzung entnommen, sie ist aber auch dort unrichtig. Es bestand Streit darüber, ob die Ausgestaltung eine Unterart der Neuerrichtung und demnach Aufgabe des Gemeindeverbands oder eine Sonderart der Zulassung und demnach ohne Mitwirkung des Gemeindeverbands vorzunehmen sei (vgl. Arb.-Versorgg. 1912 S. 715 ff.). Nachdem nun aber durch die Stellungnahme der sich an Hoffmanns Kommentar anschließenden Zentralbehörde die letztere Auffassung die Praxis beherrscht hat[1]), ist es nicht angängig, die Aufstellung der Satzung auf Gesetzesbestimmungen zu gründen, die die Vorstellung erwecken müssen, als hätte der Gemeindeverband bei Ausgestaltung der Kasse und Errichtung der Satzung etwas zu sagen gehabt.

Im übrigen ist die Fassung auf eine gemeinsame Beratung von Kassenbeamten zurückzuführen und dürfte demnach vielfach wiederkehren. Es ist daraus nicht zu entnehmen, wer nun eigentlich die Ausgestaltung bewirkt; dagegen wird bei gegebener Rechtslage (vgl. Hoffmann Anm. 4 zu Art. 15 Einf.Ges. z. RVO.) nichts eingewendet werden können. Jedoch ist der Ausdruck „Zustimmung" nicht richtig; gemeint ist die „Genehmigung" nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. Die Unterscheidung ist notwendig, weil an mehreren Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung (§§ 176, 180, 193, 384, 403, 415, 420, 423, 483, 489, 21) auch eine Zustimmung vorgesehen ist, d. h. eine Genehmigung, die nur nach freiem Ermessen der Behörde (vgl. Komm.Ber. S. 108) erteilt zu werden braucht. Diese Zustimmung wird mit der Genehmigung der Satzung ausdrücklich oder stillschweigend erteilt, die Genehmigung des Art. 15 EGRVO. aber geht ihr vorher, und diese letztere ist in den Eingangsworten natürlich gemeint.

2. Im Interesse der Kassen wird begreiflicherweise versucht, für die in der Reichsversicherungsordnung vorgesehenen Anträge und Meldungen im laufenden Betrieb die schriftliche Form vorzuschreiben, z. B. für die Befreiungsanträge nach §§ 173, 174, Beitritt und Austritt Versicherungsberechtigter (§ 310) usw. Man wird diesem berechtigten Bestreben stattgeben können, soweit nicht das Gesetz den mündlichen Antrag ausdrücklich (§ 310) zuläßt, und gerade weil der Gesetzgeber an der einen Stelle die mündliche Willenserklärung als genügend hervorhebt, sonst aber nicht.

3. Bei Meldungen wird die Satzung auch die Abgabe der Versicherung vorschreiben können, daß das Gesamteinkommen unter 2500 M. beträgt; das liegt im Rahmen der Kassenaufgaben. Dagegen wird es nicht zulässig sein, daß die Satzung eine bestimmte Angabe des Gesamteinkommens des einzelnen Mitglieds fordert; es wird auch nicht zulässig

[1]) Die preußische! Nicht aber z. B. die bayerische, die württembergische, die sächsische. (Anm. der Red.)

Auch die preußische nicht vollkommen, z. B. wurde in Cottbus die Ausgestaltung mit Genehmigung des Oberversicherungsamts durch die städtischen Körperschaften vorgenommen. (Anm. des Verf.)

Digitized by Google

sein, daß Angaben über die Erreichung anderer Einkommensgrenzen (1800, 2000 M.) verlangt werden, für die das Gesetz keinen Anhalt gibt. Die Frage kann bei den Verhandlungen mit Aerzten wichtig werden.

4. Es ist zweifelhaft, ob der Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht nach erfolgter Genehmigung beliebig wieder zurückgezogen werden kann. Nach dem KVG. § 3a Abs. 3 lit. b konnte der Arbeitgeber die auf seine Gefahr hin von der Versicherungspflicht befreite Person jederzeit anmelden, Selbstanmeldung aber war nicht vorgesehen; der Antragsteller selbst konnte nur aus bestimmtem Grunde (lit. daselbst) durch die Behörde die Wirkung seines Befreiungsantrags rückgängig machen. Daraus muß geschlossen werden, daß schon bisher die Zurücknahme des Befreiungsantrags durch den Antragsteller nicht zulässig war, solange seine Voraussetzungen unverändert fortbestanden. Die in der Reichsversicherungsordnung zugelassenen Befreiungen sind „im wesentlichen ebenso geregelt" (Begr. S. 151). Die eben erwähnten Aufhebungsgründe sind natürlich auf landwirtschaftlich Beschäftigte und Dienstboten beschränkt (§§ 419, 435). Außerdem aber läßt die Reichsversicherungsordnung in ihrer Fassung der Befreiungsbestimmungen (§§ 173, 174) für jeden Fall der Befreiung einen bestimmten Beendigungsgrund („solange"), bzw. die kurze Dauer („vorübergehend beschäftigt") hervortreten, so daß auch hieraus die Unzulässigkeit beliebiger Zurücknahme des Befreiungsantrags geschlossen werden kann. Das ist auch vom praktischen Gesichtspunkt aus erwünscht, weil vorwiegend schlechte Risiken ihren Antrag zurücknehmen würden.

5. Die Reichsversicherungsordnung kennt zwei ärztliche Untersuchungen Versicherungsberechtigter vor ihrem Beitritt. Nach § 176 Abs. 3 kann gefordert werden, daß der Berechtigte seine Beitrittserklärung durch Beilegung eines ärztlichen Zeugnisses über seinen Gesundheitszustand unterstützt; d. h. der Beitrittsberechtigte muß den Nachweis erbringen, daß er im medizinischen Sinne nicht krank ist. Ein solches Zeugnis kann nur ein Arzt mit gutem Gewissen genügend ausstellen, der den Beitretenden kennt, also sein Hausarzt im allgemeinen. Schon daraus ergibt sich, daß die Kasse nicht, wie Hoffmann (Anm. 16 zu § 176) meint, das Zeugnis eines Kassenarztes vorschreiben kann; dem Versicherungsberechtigten muß es überlassen bleiben, sich einen Arzt zu suchen, der ihm seine Gesundheit vorbehaltlos bescheinigt. Bei dieser Sachlage kann es keinem Zweifel unterliegen, daß der Beitretende die Kosten des von ihm zu beschaffenden Gesundheitszeugnisses zu tragen hat.

Gerade umgekehrt liegt der Fall bei der zweiten Untersuchung. Diese richtet sich lediglich auf Feststellung einer bestehenden Erkrankung im gesetzlichen Sinne (Begr. S. 196), bezweckt also nicht die Fernhaltung schlechter Risiken, sondern nur die Durchführung der Schutzvorschrift des § 310 Abs. 2 Satz 1. Der Kassenvorstand kann diese Untersuchung, die in den meisten Fällen unnötig sein wird, veranlassen; der Beitretende muß sich dazu zur Verfügung stellen, damit ist aber seine Verpflichtung erschöpft. Hier kann der Kassenvorstand den Arzt seines Vertrauens bestimmen, hier hat aber auch, wie Hahn gegen Hoffmann sicherlich richtig annimmt, die Kasse den Arzt zu bezahlen. Wollte man mit Hoffmann (Anm. 9 zu § 310) Zahlungspflicht des Beitretenden annehmen, so würde aus der Möglichkeit dieser Untersuchung bei vielen Kassen bald eine Regel werden, und viel Geld würde unnötig ausgegeben; das spricht auch gegen Hoffmanns Ansicht, wenn auch nicht unmittelbar juristisch.

6. Die Verweisung in § 11 Abs. 3 der Mustersatzung muß wohl auf Abs. 2 (nicht 3) und 4 des § 10 gehen, außerdem dürfte zur Vermeidung irrtümlicher Auffassungen hier auch auf Abs. 5 des § 10 verwiesen werden, der für die Weiterversicherten des § 11 nicht minder gilt als für die freiwillig Beigetretenen.

7. Der Satzungsentwurf hatte folgende Bestimmung vorgesehen (vgl. § 12 Abs. 1 der Mustersatzung):

> „Die Meldung kann unterbleiben, wenn die Arbeit für kürzere Zeit als eine Woche unterbrochen wird und die Beiträge fortgezahlt werden, bei längeren Unterbrechungen, wenn feststeht, daß das Beschäftigungsverhältnis nicht gelöst ist."

Die am Schluß beigefügte Erweiterung gegenüber dem Wortlaut des Gesetzes kann nicht zugelassen werden, da sie notwendig eine falsche Auffassung erzeugen muß. In § 317 Abs. 2 Satz 1 ist „Arbeit" schlechthin gleich-

Digitized by Google

bedeutend mit „Beschäftigungsverhältnis", ganz ebenso wie auch der Ausdruck „Beschäftigung" in Abs. 1 Satz 1 daselbst. Wird nun aber im Satzungsentwurf eine Arbeitsunterbrechung von nur einer Woche einer längeren, aber nicht mit einer Lösung des Beschäftigungsverhältnisses verbundenen Arbeitsunterbrechung gegenübergestellt, so muß der Leser einen Unterschied der Begriffe unbedingt vermuten und sich zurechtzumachen suchen; er kann nicht auf die allein richtige Auslegung kommen, daß der Zusatz eine Selbstverständlichkeit enthält. Der Zusatz ist aus dem zuweitgehenden Bestreben entsprungen, in die Satzung vorbeugende Belehrungen aufzunehmen. Die Satzung ist ein Gesetz und muß deshalb trotz allem Streben nach Gemeinverständlichkeit und nicht zuletzt auch nach gutem Deutsch doch in erster Linie nach knapper, scharfer Ausdrucksweise suchen; Belehrung und Auslegung gehört mitsamt Verweisungen und dem Hinweis auf entsprechende Gesetzesparagraphen in Anmerkungen, deren Beifügung in den zu verteilenden Druckstücken der Satzung sehr zu empfehlen ist.

8. Von großer praktischer Bedeutung ist die Festsetzung der Grundlöhne nach § 180 RVO. Einmal wegen der finanziellen Bedeutung für die Kasse; denn 3% Beitrag bedeuten etwas sehr verschiedenes, je nachdem eine Kasse wirkliche Durchschnittslöhne als Grundlöhne annimmt, oder den höchsten Lohnsatz einer Klasse. Z. B. kann für eine Arbeiterklasse mit 2,51 M. bis 3,50 M. wirklichem Arbeitslohne der Grundlohn auf 3 M. oder 3,10 M. usw. oder gar auf 3,50 M. angesetzt werden; je nachdem erbringt der äußerlich gleiche Beitragssatz von 3% in der Woche 54 oder 63 Pfennige Beitrag.

Es sei deshalb an dieser Stelle auch gleich darauf hingewiesen, daß hieraus sich wichtigere Unterschiede (Krankengeldbemessung!) für die Bemessung der Gleichwertigkeit der Leistungen (§§ 259 ff. RVO.) ergeben können als aus allerlei Mehrleistungen, deren Aufzählung in der Satzung einen breiten Raum einnehmen mag.

Die Kassen haben großenteils das Bestreben, den Durchschnittstagesentgelt nach der Obergrenze der betr. Lohnklasse festzusetzen und werden es jetzt bei eigener Festsetzung der Grundlöhne noch mehr zu betätigen suchen als bisher. Der Hauptgrund dafür liegt aber — von Ausnahmefällen abgesehen — nicht in der finanziellen Bedeutung der Frage, sondern in der Rücksicht auf § 34 Abs. 2 und 3 JVG. und §§ 1246, 1247 RVO. Die Ersetzung des wirklichen Arbeitslohnes als Grundlage der Beitragsberechnung durch den Durchschnittsverdienst ist laut Begründung zum Krankenversicherungsgesetz und Kommissionsbericht zur Reichsversicherungsordnung (vgl. darüber Hahn Anm. 1 zu § 180) erfolgt, um die furchtbar umständliche und — nicht zu vergessen — dadurch auch für die Kassen recht teuere Ausrechnung nach Einzellöhnen vermeiden. Das wird zum guten Teil wieder hinfällig, wenn bei Feststellung der Invalidenversicherungsklasse nach § 1247 RVO. doch wieder der wirkliche Arbeitsverdienst zugrunde gelegt werden muß.

Diese Klippe sollten die Oberversicherungsämter bei Erteilung ihrer Zustimmung (§ 180 Abs. 3) den Kassen vermeiden helfen, wenn im übrigen im Einzelfall sich keine Bedenken ergeben. Es steht zwar der Begriff des „Durchschnitts"-Entgelts scheinbar entgegen, und es ist auch schon da und dort früher amtlich auf wirkliche Durchschnittssätze gehalten worden. Man muß sich aber gegenwärtig halten, daß es viel harmloser ist, wenn in sieben Lohnstufen der Grundlohn jeweils (mit Ausnahme der obersten natürlich) an die Obergrenze gesetzt wird, als wenn nur drei Lohnstufen mit mathematisch richtigem Durchschnittsgrundlohn gebildet werden. Denn im letzteren Fall wird der Abstand vom wirklichen Lohn zum Grundlohn — nach oben oder unten — viel größer sein können als im ersteren Fall. Zieht man diese sachliche Wirkung in Betracht, so wird man den Begriff des durchschnittlichen Tagesentgelts weitherzig dahin auszulegen haben, daß nach billigem Ermessen dafür gesorgt werden soll, daß jeder Versicherte doch nur ungefähr den Beitrag bezahlen soll, der seinem wirklichen Verdienst etwa angemessen ist. Diese Forderung scheint mir erfüllt, wenn folgende Wochenlohnklassen gebildet werden:

I	II	III
bis zu 6 M.	6,01—12 M.	12,01—18 M.
IV	V	VI
18,01—24 M.	24,01—30 M.	über 30 M.

und dementsprechend folgende, praktisch sehr brauchbaren Grundlöhne festgesetzt werden:

Digitized by Google

I	II	III	IV	V	VI
1 M.	2 M.	3 M.	4 M.	5 M.	6 M.

Alle bezahlen gewissermaßen über ihre Verhältnisse, aber keiner unerträglich; und alle Versicherten haben ja dafür auch höhere Leistungen. Bezahlen in dieser Weise alle zu viel, so kann der Prozentsatz der Beiträge niedergehalten werden, und es ist kein Nachteil aus dieser Regelung ersichtlich. Auch der Gedanke an die in mancher Hinsicht bei gewissen Beitragssätzen im Gesetz gezogenen Grenzlinien kann im allgemeinen nicht dagegen sprechen (vgl. z. B. § 260 Halbsatz 2 RVO.); doch muß eine materielle Verschiebung gegen das Gesetz hier zugestanden und in solchen Grenzfällen Vorsicht empfohlen werden.

9. Der Beitrag für Mitglieder, die an sieben Tagen der Woche arbeiten, kann nach § 384 Abs. 3 RVO. erhöht worden. Dabei darf natürlich nicht um den sechsten Teil des sonstigen Wochenbeitrags erhöht werden, da für solche Leute (hauptsächlich Kellner) lediglich das Krankengeld (und Hausgeld) für den Sonntag (und andere gesetzliche Feiertage) hinzukommt. Ein Fünfzehntel bis ein Neuntel des sonstigen Wochenbeitrags dürfte die angemessene Erhöhung sein.

Wird der Grundlohn nicht nach Tages- sondern nach Wochenlöhnen berechnet, wie das meist der Fall sein dürfte, so scheint für Kellner eine Besonderheit daraus sich zu ergeben, daß sie vielfach in eine höhere Lohnklasse kommen werden, als andere Arbeiter mit gleichem Taglohn. Die Besonderheit ist nur scheinbar, denn in Wirklichkeit arbeitet auch der Kellner nicht jede Woche sieben volle Tage (vgl. §§ 105 d, 105 e RGO.), auch er verdient seinen Wochenlohn nicht in sieben sondern in sechs oder sechseinhalb Tagen.

10. Es dürfte zulässig sein, daß die Satzung im Hinblick auf die Möglichkeit eines Streites mit den Ärzten dem Ausschuß die Befugnis überträgt, die Satzungsbestimmungen über ärztliche Behandlung der Familienmitglieder durch einfachen Beschluß zeitweise außer Kraft zu setzen [1]).

11. Es erscheint aus rechtlichen und praktischen Gründen nicht angängig, von auswärts erkrankten Mitgliedern eine behördliche Beglaubigung des Krankenscheins zu verlangen. Eine Sollvorschrift dagegen könnte wohl zugelassen werden.

12. In § 99 der Mustersatzung heißt es: „Bei Streit . . . entscheidet . . . das Versicherungsamt (Spruchausschuß)." Das ist praktisch nicht zutreffend, denn hoffentlich wird in den meisten Fällen die Entscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts (§ 1657) genügen. Da die Vorentscheidung auf das Recht auf mündliche Verhandlung der Sache vor dem Spruchausschuß hinweisen muß, so genügt es durchaus und ist richtiger, wenn das Wort „(Spruchausschuß)" weggelassen wird.

Bei Prüfung der Satzungen von Betriebskrankenkassen ergab sich noch die Frage,

13. ob vor Weitergabe der neuen Satzungen an das Oberversicherungsamt eine Entscheidung des Beschlußausschusses gem. § 259 RVO. zu treffen ist. Ich glaube das verneinen zu müssen. Die Prüfung der Gleichwertigkeit ist jetzt nicht Gegenstand eines selbständigen Verfahrens, sondern lediglich ein Teil des Zulassungsverfahrens. Würde jetzt der Beschlußausschuß entscheiden, daß die Leistungen einer Kasse nicht gleichwertig seien und würde das Oberversicherungsamt dem beitreten, so wäre diese Entscheidung endgültig (§ 263 Abs. 2 Satz 2), und damit wäre die Beschwerde der Kasse an die oberste Verwaltungsbehörde (Art. 20 Satz 2) von vornherein abgeschnitten. Die Sache liegt zwar ebenso, wenn auf Grund eines späteren Prüfungsverfahrens (§ 262) die Gleichwertigkeit vom Oberversicherungsamt endgültig verneint wird, und wenn dementsprechend, z. B. nach § 274 Ziff. 3, das Oberversicherungsamt zur Schließung schreitet; auch in diesem Schließungsverfahren ist die oberste Verwaltungsbehörde (§ 284 Abs. 2) im wesentlichsten Punkte schon gebunden. Aber daraus, daß das Einführungsgesetz für das Zulassungsverfahren einen besonderen Rechtszug neben dem des § 284 Abs. 2 vorgesehen hat, wird

[1]) Das ist eine Frage von großer praktischer Bedeutung. Wir nehmen gleichfalls die Zulässigkeit einer solchen Satzungsvorschrift an, falls diese bestimmte, objektiv erkennbare, vom Ermessen des Vorstandes unabhängige Voraussetzungen aufstellt, unter denen der Vorstand den Wegfall des Anspruchs aller Mitglieder nur tatsächlich festzustellen hat. Zu vgl. Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts v. 7. Nov. 1892 (Anm. der Redaktion).

Digitized by Google

man doch wohl zu folgern haben, daß die Zulassung in einem ganz eigenen Verfahren geprüft werden soll.

Freilich läßt sich die abweichende Meinung durchaus vertreten, daß die Regelung des Gleichwertigkeitsverfahrens als Sonderbestimmung (lex specialis) dem umfassenderen Verfahren (legi generali) des Art. 20 vorgeht.

In jedem Fall wird der Beschlußausschuß mindestens gutachtlich zu hören und sein Gutachten zweckmäßig so abzufassen sein, daß es auf beide Auslegungsmöglichkeiten hin verwendbar ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Erstattungsanspruch des Armenverbandes (§ 57 KVG.); Pflicht zur Ermittlung der Hilfsbedürftigkeit.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 2. Dezember 1912.

Der Arbeiter B. war bis zum 23. Januar 1909, an welchem Tage er von seiner Arbeitgeberin, der chemischen Fabrik in K., mit seinem vollen „Gehalt" von wöchentlich 21 M. „pensioniert" worden ist, Mitglied der beklagten Kasse. Vom 27. Februar 1909 ab wurde er bis zu seinem am 26. August 1909 erfolgten Tode von dem klagenden Ortsarmenverbande im Wege der öffentlichen Armenpflege durch Verpflegung und ärztliche Behandlung unterstützt, und zwar zunächst wegen Erkrankung an Brechdurchfall in einem Hospital in Deutz, später, nachdem sich bei dem Kranken Geistesschwäche herausgestellt hatte, in der Krankenanstalt Lindenberg und vom 15. März 1909 an in der Provinzialheilanstalt Galkhausen. Mittels Klage auf Grund des § 57 Abs. 2 KVG. verlangte der Armenverband von der beklagten Kasse die Erstattung der ihm hierdurch erwachsenen Kosten im Betrage von 351 M. 80 Pf. nebst 4% Zinsen seit dem Tage der Klagezustellung.

Der Bezirksausschuß zu Cöln sprach nur 7,44 M. zu und wies die Klage im übrigen ab. Er nahm an, daß die Krankheit des B. schon am 23. Januar 1909 bestanden habe, daß die Kasse deshalb dem Erkrankten die im Statut vorgesehene Krankenunterstützung für die Zeit vom 27. Februar bis zum 26. August 1909 hätte gewähren müssen und demgemäß auch an sich verpflichtet gewesen wäre, dem Armenverbande seine Aufwendungen zu erstatten. Er ist jedoch der Ansicht, daß die Kasse von dieser Verpflichtung im vorliegenden Falle deshalb befreit worden sei, weil der Armenverband bei der Feststellung, ob armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit vorhanden gewesen, nicht die erforderliche Sorgfalt angewendet und die Kasse auch zu spät von dem Pflegefall benachrichtigt habe. Der Bezirksausschuß meint, daß der Armenverband die sachgemäßen Emittelungen in drei Tagen hätte anstellen können und habe feststellen müssen, daß B. nicht hilfsbedürftig gewesen sei; der in der Klage geltend gemachte Anspruch sei mithin nur für drei Tage berechtigt.

Die Revision des klagenden Armenverbandes wurde vom Oberverwaltungsgericht für begründet erachtet.

Aus den Gründen:

Die Frage, ob armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit vorliegt, kann nur nach den tatsächlichen Verhältnissen im Einzelfalle beantwortet werden. Auf deren Ermittelung und Klarstellung haben die Organe der Armenverwaltung alle Sorgfalt zu verwenden, die von einem aufmerksamen Verwalter der Armenpflege erfordert muß und erfordert werden kann. Nur unter dieser Voraussetzung kann anerkannt werden, daß die öffentliche Unterstützung gewährt werden mußte und findet bei entschuldbarem Irrtum trotz mangelnder objektiver Hilfsbedürftigkeit ein Erstattungsanspruch statt (siehe Wohlers-Krech, Das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz, Anm. 10 zu § 28 und die dort angezogenen Entscheidungen des Bundesamts für das Heimatwesen). Nimmt man nun zunächst einmal an, B. sei objektiv nicht hilfsbedürftig gewesen, so würde doch dem Kläger ein entschuldbarer Irrtum hierüber zur Seite stehen. Nach der ärztlichen Bescheinigung Blatt 4 der Beiakten bedurfte der Erkrankte der sofortigen Aufnahme in ein Krankenhaus. Seiner Verpflichtung zur Klarstellung des Sachverhaltes kam der Armenverband durch die am 4. März bewirkte Vernehmung der Tochter des B. nach, deren Angaben nicht Glauben zu schenken, er keine Veranlassung hatte. Eine Vernehmung des B. selbst, die der Vorderrichter für notwendig hält, würde bei dessen Zustande zu keinem Ergebnis geführt haben (vgl. Blatt 70 ff. der Streitakten). Dafür, daß die mit der Sache befaßten Organe der Armenverwaltung aus der vorangegangenen 24jährigen Tätigkeit des B. bei der Firma B. & Gr. ohne weiteres einen Schluß dahin ziehen mußten, die Unterstützung des B. sei sichergestellt, fehlt es an einem ausreichenden Anhalt. Der Armenverband, der überdies zur Vornahme weitläufiger Ermittelungen nicht verbunden war (Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. 46 S. 366), konnte deshalb, ohne daß ihn ein Verschulden träfe, annehmen, daß B. über keine Geldmittel verfügte. Davon, daß der letztere seinen „vollen Lohn als Entschädigung gezahlt" erhalte, erlangte er erst durch das Schreiben der Kasse vom 4. Mai 1909 (Blatt 26 der Beiakten) Kenntnis. In diesem Schreiben ist auch der Betrag des vollen

Digitized by Google

Lohnes nicht angegeben; es heißt ferner in ihm, daß die Firma die Absicht gehabt habe, dies fortzusetzen, bis der eingereichte Antrag auf Invalidenrente entschieden sei. Der Armenverband konnte deshalb mit dem Fortbezuge des vollen Lohns als einer dauernden Einnahme des B. nicht rechnen.

B. war aber auch objektiv hilfsbedürftig. Da von irgendeiner anderen Einnahme als dem vollen Lohne nirgends die Rede ist, muß davon ausgegangen werden, daß er tatsächlich nicht die Mittel besaß, um den für die Aufnahme in das Krankenhaus notwendigen Kostenvorschuß zu bezahlen, der sich nach den vorgelegten Aufnahmebedingungen für die städtischen Krankenhäuser zu Cöln auf mindestens 24 M. belief. Das Bundesamt für das Heimatwesen hat wiederholt entschieden, daß die Notwendigkeit der Armenunterstützung anzuerkennen sei, wenn die Unterstützte außerstande ist, diesen Vorschuß aufzubringen (Entscheidungen des Bundesamts Heft 33 S. 34; vgl. auch Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. 46 S. 368). Die Unterstützungsbereitschaft der Kasse, die ein Krankenhaus nicht besitzt, lag nicht vor (Urteil vom 1. Dezember 1910 III. C. 138. 10. und Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. 48 S. 329). Die Kasse hatte auch später wiederholt die Unterstützung ausdrücklich abgelehnt.

Lag objektive Hilfsbedürftigkeit vor, so würde diese übrigens etwaige mangelhafte Ermittelungen heilen (Entscheidungen des Bundesamts Heft 27 Seite 37).

Da der mit der Klage geltend gemachte Anspruch der Höhe nach nicht bestritten ist und sich innerhalb der Grenze des $1^1/_2$ fachen Krankengeldes hält, so war unter Aufhebung der Vorentscheidung nach dem Antrage der Klage zu erkennen.

Angehörigenunterstützung (§ 7 Abs. 2 KVG.); ob der Versicherte „wesentlich" zum Unterhalt beigetragen hat, ist nach den besonderen Umständen zu entscheiden.

Entsch. des **Bad. Verwaltungsgerichtshofes** vom 11. Februar 1913.

Angehörigenunterstützung im Sinne des § 7 Abs. 2 KVG. ist nur zu leisten, wenn der in einem Krankenhause Untergebrachte Angehörige hat, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat. Diese Angehörigen sollen während der Krankenhauspflege nicht ohne alle Unterstützung bleiben. Theorie und Praxis haben die erwähnte Bestimmung dahin ausgelegt, daß ihre Anwendung nicht voraussetzt, daß der Versicherte ganz allein aus eigenen Mitteln den Unterhalt der Angehörigen bestritten hat, es genügt vielmehr, wenn er den Unterhalt für seine Familie zu einem wesentlichen Teile aufgebracht hat. Dieser Grundsatz hat auch in dem § 186 RVO. Aufnahme gefunden. Ob die bezeichnete Voraussetzung zutrifft, ist im Einzelfalle nach Lage der Verhältnisse zu prüfen. Im vorliegenden Falle bestand die Familie aus dem Ehemann und der Ehefrau, die in einer gemeinsamen Wohnung einen gemeinsamen Haushalt führten, der nur vorübergehend in einzelnen Verrichtungen dadurch unterbrochen wurde, daß der Ehemann mitunter von weit entfernten Arbeitsplätzen über Mittag nicht nach Hause kam. Unter diesen Umständen muß angenommen werden, daß der Ehemann mit seinem Verdienst von täglich 4,50 M. den Unterhalt der Familie zu einem wesentlichen Teil bestritten hat, denn es sind keinerlei Anhaltspunkte für die Unterstellung gegeben, daß er den Tagelohn unter Vernachlässigung seiner Haushaltung für anderweitige Zwecke verwendet hätte. Nach der Unterbringung des Ehemannes im Krankenhause war die Einnahmequelle versiegt, die der Familie aus dem Verdienste des Familienhauptes zugeflossen ist, so daß der Regelfall des § 7 Abs. 2 KVG. an sich gegeben ist. Die Anwendung der genannten Bestimmung wird durch den Umstand nicht ausgeschlossen, daß die Ehefrau des Beklagten gleichfalls dem Erwerbe nachging und ihren Verdienst (wöchentlich durchschnittlich 13 M., also täglich etwa 2,15 M.) den gemeinsamen Familienzwecken widmeten. Die hier in Betracht kommende aus dem Ehemann und der Ehefrau bestehende Familie gehört dem Arbeiterstande an und mußte die Mittel zu ihrem Unterhalt Tag für Tag aus dem beiderseitigen bescheidenen Verdienste aufbringen. Es erhellt ohne weiteres, daß der Wegfall des Verdienstes des Ehemannes die Ehefrau empfindlich getroffen hat, wenn sie auch durch ihre eigene Erwerbstätigkeit vor dem Anheimfall an die öffentliche Armenpflege geschützt war, denn es muß berücksichtigt werden, daß die Ehefrau nach der Unterbringung ihres Ehemannes im Krankenhause aus eigenen Mitteln nicht nur die Kost beschaffen, sondern auch bemüht sein mußte, die Familienwohnung und die sonstigen gemeinsamen Einrichtungen zu erhalten, was ihr bei einem länger andauernden Ausfall des Verdienstes ihres Ehemannes jedenfalls schwer gefallen wäre. Es liegt aber wohl im Sinne des § 7 Abs. 2 KVG., wenn die Angehörigenunterstützung den Zweck erfüllt, die infolge der Unterbringung des Familienhauptes im Krankenhause gefährdete wirtschaftliche Existenz der Familie zu sichern und zu wahren.

Digitized by Google

B. Zur Unfallversicherung.

Die Krankenkasse, der die Fürsorge von der Berufsgenossenschaft übertragen ist, darf sich ohne Nachprüfung an den ihr erteilten Auftrag halten (§ 11 GUVG.).

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 17. Februar 1913.

Durch Schreiben vom 8. Oktober 1910, welches sich auf den Unfallverletzten L. bezog, ersuchte die beklagte Berufsgenossenschaft die klagende Ortskrankenkasse: „den Verletzten für unsere Rechnung mit Vorschüssen von 20 M. wöchentlich bis auf Widerruf unterstützen zu wollen." In der Folge verweigerte die Beklagte teilweise den Ersatz der von der Klägerin geleisteten Zahlungen, weil die Klägerin den Auftrag nicht mit der einem Bevollmächtigten obliegenden Sorgfalt ausgeführt, namentlich nicht geprüft habe, ob der Verletzte fortgesetzt unterstützungsberechtigt gewesen sei.

Von dem Bezirksausschusse zur Erstattung der gesamten bis zum Widerrufe des Auftrags gezahlten Beträge verurteilt, hat die Beklagte noch Revision eingelegt, die jedoch keinen Erfolg hatte. Gründe:

Die Fassung des Auftrags dahin, daß bis auf den von der Beklagten auszusprechenden Widerruf zu zahlen sei, enthob die Klägerin der Prüfung der Frage, ob die Zahlung, außer infolge Widerrufs, auch aus einem anderen Grunde einzustellen sei. Durch das Ersuchen, bis auf Widerruf zu zahlen, hatte die Beklagte der Klägerin vielmehr jede selbständige Prüfung entzogen und das Befinden darüber, bis zu welchem Zeitpunkte zu zahlen sei, sich selbst ausschließlich vorbehalten. Nach Inhalt des Auftrags war also für die Klägerin allein der Widerruf maßgebend. Indem die Klägerin bis zum Widerrufe weiterzahlte, verletzte sie also nicht die ihr obliegende Sorgfalt.

(L.) **Mehrmalige Annahme „völliger Gewöhnung" als Rentenminderungsgrund ist unzulässig.**

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 30. April 1913 — Ia. 7403/12 —

Aus dem Gutachten vom 30. Oktober 1911 ergibt sich, daß in objektiver Hinsicht eine Aenderung in den Unfallfolgen seit der letzten Rentenfestsetzung nicht eingetreten ist. Der Zustand der Hand ist der gleiche, wie er im Jahre 1900 durch den Stadtphysikus Dr. L. festgestellt worden ist. Der Antrag auf Rentenaufhebung wird demgemäß von der Berufsgenossenschaft auch nur damit begründet, daß anzunehmen sei, daß der Verletzte sich im Laufe der seit dem Unfall verflossenen Jahre völlig an den Zustand der beschädigten Hand gewöhnt habe, und daß er infolgedessen nicht mehr meßbar in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt sei. Die Berufsgenossenschaft hebt hervor, daß das Reichsversicherungsamt in mehrfachen Entscheidungen sich dahin ausgesprochen habe, daß der Verlust des Zeigefingers nach eingetretener Gewöhnung der Regel nach keinen meßbaren Schaden auf die Erwerbsfähigkeit auszuüben imstande sei. Das Reichsversicherungsamt erachtet nun auch den Verletzten in diesem Falle an sich nicht mehr in seiner Erwerbsfähigkeit in einem meßbaren Grade für beeinträchtigt. Trotzdem hat es dem Antrage der Berufsgenossenschaft auf Aufhebung der Teilrente nicht stattzugeben vermocht. Wie aus dem Bescheide der Berufsgenossenschaft vom 21. September 1900 und aus dem für diesen Bescheid maßgeblichen Gutachten zu entnehmen ist, ist schon zu jener Zeit — und offenbar mit Recht — die damalige Rentenkürzung damit begründet worden, daß „der Verletzte sich, soweit dieses überhaupt möglich sei, an die Unfallfolgen gewöhnt habe", daß also die größtmöglichste Anpassung an den veränderten Zustand der Hand eingetreten sei. War aber schon damals angenommen worden, daß der Verletzte durch Uebung den höchstmöglichsten Grad der Anpassung an den veränderten Zustand der Hand erreicht habe, so erscheint es nicht angängig, die Aufhebung der damals gewährten Teilrente mit der Annahme einer weiteren Gewöhnung und Anpassung zu rechtfertigen. Da andere Umstände nicht eingetreten sind, welche zu einer Aufhebung der von dem Verletzten bezogenen Teilrente führen könnten, so mußte mangels der Voraussetzungen für eine anderweitige Feststellung der Rentenaufhebungsantrag der Berufsgenossenschaft zurückgewiesen werden.

Betriebsunfall eines Bahnangestellten auf dem Heimwege beim Aufspringen auf einen fahrenden Zug.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 2. Januar 1913.

Der im Betriebe der Zeche Königsborn beschäftigte Rottenführer Kaspar U. in Königsborn verunglückte am 29. März 1911 nach 9 Uhr abends dadurch, daß er von einem Arbeiterzug überfahren wurde. Er behauptete, er habe in der Nähe der Unfallstelle einen ihm bekannten Schienenbruch beobachten wollen, wenn der Zechenzug darüber hinwegfuhr, um festzustellen, ob Gefahr vorliege. Nach dem Ergebnis der Unfalluntersuchung war jedoch anzunehmen, daß er nach beendeter Schicht mit dem Zechenzuge nach Hause fahren wollte, aber bei dem Versuch, auf den fahrenden Zug zu springen, überfahren und verletzt worden sei. Die Knappschaftsberufsgenossenschaft und das Schiedsgericht hielten einen Unfall auf dem Heimwege, verursacht durch die verbotswidrige und leichtsinnige Handlungsweise des U. für vorliegend, der nicht entschädigungspflichtig sei. Im Rekursverfahren bot U. Beweis dafür an, daß er tatsächlich das Verhalten der schadhaften Schiene beim Darüberfahren des Zuges habe beobachten wollen. Das Reichsversicherungsamt hielt diesen Beweis nicht für notwendig, denn auch bei der Annahme der Berufsgenossenschaft sei ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall für vorliegend zu erachten. Gründe:

Der vom Kläger angetretene Beweis dafür, daß er das Verhalten der schadhaften Schiene beim Darüberfahren des Zuges beobachten wollte, als er

Digitized by Google

den Unfall erlitt, erübrigt sich. Auch wenn die Annahme der Beklagten und des Schiedsgerichts richtig ist, daß der Kläger den fahrenden Zug besteigen und nach Hause fahren wollte, so hat er doch den Unfall beim Betrieb erlitten und ist daher sein Anspruch auf Entschädigung begründet. Er hatte den Posten eines Bahnmeisters auf der Zechenbahn inne. Nach § 13 seiner Dienstanweisung war er für die Erhaltung des ordnungsmäßigen Zustandes der Bahn- und der zugehörigen Gleis- und Nebenanlagen einschließlich der Telegraphenleitungen usw. verantwortlich. Er war deshalb verpflichtet, die Zechenbahn zu begehen und zu befahren. Das Bahngelände der Zechenbahn war also für ihn die Betriebsstätte. Unfälle, die ein Versicherter aber im örtlichen Bereiche der Betriebsstätte durch eine Betriebseinrichtung erleidet, sind nach der ständigen Rechtsprechung Betriebsunfälle, auch wenn der Versicherte nicht mehr bei der Betriebsarbeit beschäftigt, sondern schon auf dem Heimwege begriffen ist (zu vgl. Handb. der Unfallversf. Bd. I S. 89, 90 und 91, Anm. 37 und 38 zu § 1 GUVG.). Es bleibt aber zu prüfen, ob der Kläger nicht dadurch, daß er den fahrenden Zug besteigen wollte, den Zusammenhang mit dem Betriebe gelöst hat. Diese Frage ist zu verneinen. Bei einem Bahnangestellten kann man nicht etwas so Ungewöhnliches in dem Aufspringen auf einen fahrenden Zug erblicken. Das ist im Bahnbetriebe etwas Alltägliches, und ganze Klassen von Bahnangestellten, z. B. Zugführer, Schaffner, tun es in Ausübung ihres Dienstes ständig. („Kompaß".)

Zur Anwendung der §§ 25, 26 GUVG. auf Leistungen eines Knappschaftsvereins. Erfordernis der Zuziehung der Knappschaftsberufsgenossenschaft. Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** a) vom 16. Dezember 1912; b) vom 2. Dezember 1912.

a)

Durch die angefochtene Entscheidung ist die Berechtigung des beklagten Knappschaftsvereins anerkannt worden, die halbe Unfallrente des Klägers zur teilweisen Deckung der ihm seitens des Beklagten gewährten Invalidenpension gemäß § 25 GUVG. in Anspruch zu nehmen. Die dagegen eingelegte Revision des Klägers ist unbegründet.

Wenn der Vorderrichter auf Grund der Gutachten des Dr. B. und des Dr. T. festgestellt hat, die Unfallfolgen seien eine wesentlich mitwirkende Ursache der Pensionierung des Klägers gewesen, so hat er damit das Recht der freien Beweiswürdigung in einer der Nachprüfung des Revisionsrichters nach § 94 des Landesverwaltungsgesetzes entzogenen Weise ausgeübt. Der Einwand des Klägers, daß er trotz der Unfallfolgen noch lange Zeit hindurch zur Leistung wesentlich bergmännischer Arbeiten befähigt gewesen sei, steht jener Feststellung nicht entgegen, denn auch eine Beschädigung, die für sich allein nicht Bergfertigkeit zur Folge hat, kann, wenn demnächst noch weitere Schäden hinzutreten, eine wesentlich mitwirkende Ursache der Bergfertigkeit darstellen.

War aber die Invalidisierung des Klägers durch die Unfallfolgen wesentlich mit bedingt, so war der gleichbleibenden Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts gemäß (vgl. Entsch. Bd. 56 S. 408) der Anspruch des Beklagten auf Ueberweisung der halben Unfallrente nach § 25 GUVG. begründet.

b)

Der Beklagte bezieht wegen eines Betriebsunfalles seit dem 17. April 1901 eine Unfallrente von monatlich 37,75 M. Außerdem ist ihm von dem klagenden Knappschaftsvereine seit dem 1. April 1901 als Knappschaftsinvaliden eine Pension zum monatlichen Betrage von 9,80 M. bewilligt worden. Am 1. März 1909 stellte der Knappschaftsverein die Zahlung der Pension ein, weil er annahm, daß die Invalidität des Klägers im wesentlichen auf den Folgen des Betriebsunfalls beruhe und ihm — dem Knappschaftsvereine — deshalb wegen der bis zum gedachten Tage gezahlten und wegen der künftig noch zu zahlenden Pension ein Ersatzanspruch durch Ueberweisung von Rentenbeträgen nach § 25 GUVG. zustehe. Als der Beklagte sich weigerte, eine dahingehende Anerkenntniserklärung abzugeben, erhob der Knappschaftsverein die vorliegende nur gegen den Beklagten gerichtete Klage, auf die der Bezirksausschuß den Beklagten verurteilte, seine Zustimmung dazu zu geben, daß die Hälfte seiner Unfallrente mit monatlich 18,50 M. an den Kläger (Knappschaftsverein) überwiesen wird bis zur Deckung der Aufwendungen, die dieser vom 1. Januar 1902 ab gehabt hat und noch haben wird; im übrigen wurde die Klage, soweit sich der Erstattungsanspruch auf Forderungen aus der Zeit vor dem 1. Januar 1902 erstreckt, abgewiesen.

Gegen diese Entscheidung legte der Beklagte Revision ein. Das Oberverwaltungsgericht hob die angefochtene Entscheidung auf. Gründe:

Dem Vorderrichter ist aus den von ihm hierfür geltend gemachten Gründen darin beizutreten, daß es sich um einen Streit handelt, auf den die §§ 25, 26 GUVG. Anwendung zu finden haben. Ist das aber der Fall, so fällt ihm insofern ein wesentlicher Mangel des Verfahrens zur Last, als er die Knappschaftsberufsgenossenschaft zu Berlin nicht als Beklagte zu dem Verfahren hinzugezogen hat. Nach der gleichmäßigen Rechtsprechung des erkennenden Senats mußte die Hinzuziehung der Berufsgenossenschaft erfolgen. Es konnte davon nur dann abgesehen werden, wenn die Berufsgenossenschaft den Klageanspruch, auch für die Zukunft, anerkannt oder eine Erklärung dahin abgegeben hätte, daß sie sich dem ergehenden Urteil unterwerfen würde. Dies ist nach Lage der Akten nicht geschehen. Hieraus folgt die Aufhebung der Vorentscheidung und die Zurückweisung der Sache an den Vorderrichter, der durch besonderen Beschluß vom heutigen Tage gemäß § 58 des Landesverwaltungsgesetzes als zuständiges Verwaltungsgericht bestimmt worden ist. Dieser wird nach Hinzuziehung der Berufsgenossenschaft anderweit zu verhandeln und zu entscheiden haben.

Digitized by Google

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

(L.) **Bewilligung einer Rente gilt als Anerkenntnis im Sinne des § 1445 Abs. 2 RVO. Das Anerkenntnis einer Versicherungsanstalt bindet alle übrigen.**

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Januar 1913.

Das Schiedsgericht hat der am 3. Mai 1841 geborenen Klägerin die Altersrente zuerkannt in der Annahme, daß die Klägerin als Souffleuse schon nach dem Invalidenversicherungsgesetze der Versicherungspflicht unterlegen habe. Es kann dahingestellt bleiben, ob nicht diese Annahme des Schiedsgerichts gegen die in der Revisionsentsch. 1153 (Amtl. Nachr. 1904 S. 509) niedergelegte Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts verstößt, und ob nicht eine Versicherungspflicht der betreffenden Personenklasse erst durch § 1226 Abs. 1 Nr. 4 RVO. eingeführt worden ist (zu vgl. Nr. 47 der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912 über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, Amtl. Nachr. 1912 S. 721). Denn jedenfalls ist nach den neuen Vorschriften der Absätze 2 und 3 im § 1445 RVO. der Anspruch der Klägerin gerechtfertigt und deshalb die angefochtene Entscheidung in ihrem Ergebnis aufrecht zu erhalten. Nach Art. 79 Einf.Ges. z. RVO. sind nämlich auf die am 1. Januar 1912 schwebenden Ansprüche die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung anzuwenden, wenn diese für die Rentenbewerber günstiger ist; das gilt auch bei Revisionen der Versicherungsträger (zu vgl. Revisionsentsch. 1601, Amtl. Nachr. 1912 S. 681). Die Reichsversicherungsordnung ist vorliegendenfalls aber zweifellos günstiger als das bisherige Recht, das insbesondere keine dem § 1445 Abs. 2 und 3 RVO. entsprechenden Vorschriften enthielt.

Zunächst ist der Tatbestand des zweiten Absatzes im § 1445 RVO. gegeben. Der Klägerin ist von der Thüringischen Landesversicherungsanstalt bereits durch einen Bescheid vom 1. Oktober 1901 seit dem 1. Juni 1901 die Invalidenrente gewährt worden, und bei der Entziehung der Rente seit dem 1. November 1903 ist sie von dieser Anstalt ausdrücklich darauf hingewiesen worden, daß sie weiter Marken verwenden müsse, um ihrer Anwartschaft nicht verlustig zu gehen. Schon in der Gewährung der Invalidenrente ist ein Anerkenntnis zu erblicken, wenngleich dabei nicht mit ausdrücklichen Worten die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung — nur um die erstere konnte es sich übrigens bei der Lage der Sache, insbesondere angesichts des Alters der Klägerin und in Anbetracht der Verwendung von einfachen Marken, handeln — festgestellt wurde. Denn das Anerkenntnis braucht nicht notwendig in ausdrücklichen Worten, sondern kann auch durch schlüssige Handlungen kundgegeben werden (zu vgl. Revisionsentsch. 1599, Amtl. Nachr. 1912 S. 676). In einer schlüssigeren Form aber als durch die Gewährung einer Invalidenrente, die das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses zur ersten Voraussetzung hat, kann das Anerkenntnis eines solchen schwerlich zum Ausdruck kommen (zu vgl. § 1251 in Verbindung mit den §§ 1278 und 1279 RVO., auch Revisionsentsch. 1422, Amtl. Nachr. 1909 S. 521). Durch das einmal abgegebene Anerkenntnis ist nun für den Versicherungsträger nach neuem Recht eine Bindung in der Weise eingetreten, daß die Rechtsgültigkeit der Markenverwendung aus Anlaß eines späteren Rentenstreites nicht mehr bemängelt werden kann (zu vgl. die bezeichnete Revisionsentsch. 1599, Amtl. Nachr. 1912 S. 676). Insofern hat sich die Rechtslage gegenüber dem bisherigen Rechte geändert, unter dessen Herrschaft das Reichsversicherungsamt angenommen hat, daß nach dem Wegfall einer gewährten Rente der Versicherungsträger an das Anerkenntnis nicht mehr gebunden sei und er beim Eintritt eines neuen Versicherungsfalles von neuem sämtliche Voraussetzungen einer Rentengewährung, also auch das Vorliegen der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung, zu prüfen habe (zu vgl. Revisionsentsch. 1423, Amtl. Nachr. 1909 S. 521). Jetzt ist die Versicherungsanstalt an ihr Anerkenntnis so lange gebunden, als nicht in den tatsächlichen Verhältnissen eine rechtlich erhebliche Aenderung eintritt.

Vorliegendenfalls ist allerdings im Jahre 1901 das in der Rentengewährung liegende Anerkenntnis nicht von der jetzigen Beklagten, sondern von der Thüringischen Landesversicherungsanstalt ausgegangen. Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, daß das Anerkenntnis einer Versicherungsanstalt auch alle übrigen Träger der Invalidenversicherung bindet, welche in die Lage kommen, zu einem Rentenanspruche Stellung zu nehmen. In dem Verhältnisse zwischen der Gesamtheit der Versicherungsträger einerseits und dem Versicherten andrerseits muß das Anerkenntnis eines Versicherungsträgers die gleiche Wirkung hinsichtlich der geleisteten Beiträge ausüben wie nach Abs. 3 im § 1445 RVO. der zehnjährige Fristablauf, d. h., aus diesen Beiträgen erwächst für den Beitragleistenden ein unbestreitbares materielles Versicherungsrecht (zu vgl. Revisionsentsch. 1601, Amtl. Nachr. 1912 S. 681). Nur so wird die vom Gesetzgeber gewollte Sicherung des Beitragleistenden erreicht. Andernfalls würde bei jedem Wechsel in der Zuständigkeit der

Digitized by Google

Versicherungsanstalten — der ja sofort eintritt, sobald bei Veränderung des Wohnortes des Versicherten ein anderes Versicherungsamt für ihn zuständig wird (§ 1630 Abs. 2, § 1614 RVO.) — der Rentenanspruch wieder in Frage gestellt werden, und anderseits hätte der Rentenbewerber es in der Hand, lediglich durch ein Verziehen in den Bezirk derjenigen Versicherungsanstalt, die das Anerkenntnis abgegeben hat, seinen Anspruch dem Einwande der Unwirksamkeit des Anerkenntnisses zu entrücken. Auch das öffentlich-rechtliche Gepräge der Träger der Invalidenversicherung und der gleiche Zweck, dem sie dienen, sprechen dafür, daß ein von einer Versicherungsanstalt im Sinne des § 1445 Abs. 2 ausgesprochenes Anerkenntnis die Gesamtheit der Versicherungsträger verpflichtet. Die Notwendigkeit dieser Folgerung ergibt sich namentlich aus einer Erwägung der Tatsache, daß die Mittel für die von ihnen zu gewährenden Leistungen zu einem erheblichen Teile einem gemeinschaftlichen Vermögen entnommen und zum anderen Teile aus den Sondervermögen aller einzelnen Versicherungsträger, denen die Beiträge zugeflossen sind, nach deren Verhältnis gedeckt werden, daß demgegenüber die Feststellung der Leistungen durch einen der Versicherungsträger sich als ein mehr äußerlicher und zufälliger, zwar mit einer Arbeits-, aber nicht mit einer besonderen pekuniären Belastung verbundener Umstand darstellt, und daß hiernach die gesamten Träger der Invalidenversicherung sowohl unter sich wie den Versicherten gegenüber vom Gesetz gewissermaßen wie eine Einheit behandelt werden (§§ 1395 ff., § 1372 II Nr. 15, §§ 1478, 1403 ff., 1630 ff. RVO.).

Ist sonach schon in der Rentengewährung seitens der Thüringischen Landesversicherungsanstalt ein allgemein wirksames Anerkenntnis nach § 1445 Abs. 2 RVO. zu finden, so bedarf es keines Eingehens darauf, ob vielleicht auch in der an die Klägerin bei der Entziehung der Invalidenrente gerichteten Aufforderung der Thüringischen Landesversicherungsanstalt, weiter Marken zu verwenden, damit sie ihre Anwartschaft nicht verliere, ein solches Anerkenntnis zu erblicken ist, indem man etwa die Auffassung vertritt, daß begrifflich von einem drohenden Verluste der Anwartschaft der Klägerin bedingungslos nur dann gesprochen werden konnte, wenn ihr Erwerb außer Frage stand.

Der Anspruch der Klägerin ist aber nicht bloß auf Grund des zweiten, sondern auch auf Grund des dritten Absatzes im § 1445 RVO. begründet. Die beklagte Versicherungsanstalt hat frühestens in ihrem, der Klägerin am 11. September 1911 bekanntgegebenen Beschlusse vom 24. August 1911 die Rechtsgültigkeit der gesamten, von der Klägerin in der Annahme ihrer Versicherungspflicht verwendeten Marken angefochten. Der Anfechtung entzogen sind daher die mehr als zehn Jahre vorher aufgerechneten und seitdem nicht beanstandeten Beitragsmarken. In den ersten zehn Quittungskarten, von denen die letzte am 5. September 1901 aufgerechnet ist, sind im ganzen 555 Beitragsmarken verwendet; die Thüringische Landesversicherungsanstalt, die in dem rechtskräftig gewordenen Rentenbewilligungsbescheide vom 1. Oktober 1901 nur 544 Marken bei der Berechnung der Invalidenrente zugrunde gelegt hat, hat, ist damals augenscheinlich davon ausgegangen, daß die letzten elf Marken erst nach dem Eintritt der Invalidität entrichtet und deshalb ungültig seien Es stehen also jedenfalls die damals angerechneten 544 Marken unter dem Schutze des § 1445 Abs. 3 RVO. Die seit dem Wegfall der Invalidenrente vom November 1903 ab in den Quittungskarten 11 bis 15 weiter entrichteten 396 Beiträge sind aber auf Grund des Rechts zur Weiterversicherung geschützt.

Allerdings sind gegen die diesbezügliche Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts (zu vgl. die Revisionsentsch. 1600 und 1601, Amtl. Nachr. 1912 S. 680, 681) Bedenken nach verschiedenen Richtungen erhoben worden. Man hat die Ansicht vertreten, daß die Rechtsprechung mit mehreren Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nicht in Einklang zu bringen sei. Sie stehe, so meint man, beispielsweise in Widerspruch mit den §§ 1278 Nr. 1 und 1279 Abs. 1 über den Nachweis von mindestens 100 Pflicht- oder Selbstversicherungsbeiträgen, mit den §§ 1243 und 1244, die ein Ausscheiden aus einem zur Selbstversicherung berechtigenden oder die Versicherungspflicht begründenden Verhältnisse voraussetzen, und mit dem § 1446 Abs. 1, wonach Beiträge, die in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet worden sind und nicht zurückgefordert werden, als für die Selbstversicherung oder Weiterversicherung entrichtet nur dann gelten, wenn das Recht dazu in der Zeit der Entrichtung bestanden hat. Man befürchtet auch, daß ohne eine strenge Auslegung des § 1445 Abs. 3 eine unbegrenzte Menge von Personen, für welche die Invalidenversicherung nicht bestimmt sei, sich in sie eindränge und eine ungünstige Zusammensetzung des Bestandes der Versicherten herbeiführe. Schließlich hat man gemeint, daß beim Festhalteu an der Revisionsentsch. 1600 sich gegen den Willen des Gesetzgebers Folgerungen ergeben könnten, die an den Grundlagen der Invalidenversicherung rütteln. Keinesfalls dürften zum Beispiel nach Ablauf der Schutzfrist des § 1445 Abs. 3 solche Beitragsmarken als rechtsgültig behandelt werden, die entgegen einer eindeutigen Gesetzesvorschrift vor Vollendung des 16. Lebensjahres entrichtet seien, und es müsse nach Ablauf der Schutzfrist noch gerügt werden können, wenn jemand entgegen einem klaren Verbote des Gesetzes noch nach Vollendung des 40. Lebensjahres in die Selbstversicherung eingetreten sei. Demgegenüber hat man die Forderung aufgestellt, daß

Digitized by Google

Rentenbewerber, die niemals versicherungspflichtig oder versicherungsberechtigt waren, mit Hilfe des § 1445 Abs. 3 höchstens dann eine Rente sollten erlangen können, wenn sie eine Wartezeit von 500 Beitragswochen erfüllt hätten und wenn die 500 Beiträge durch Ablauf der 10jährigen Frist unanfechtbar geworden seien.

Diese Einwendungen, so beachtenswert sie sind, können nicht als stichhaltig angesehen werden. Um den letzten Punkt vorwegzunehmen, so wäre es vielleicht zweckmäßig gewesen, wenn der Gesetzgeber in den Fällen des § 1445 Abs. 3 verlangt hätte, daß mindestens 500 Beiträge durch Zeitablauf gedeckt sein müssen. In dem Wortlaute des Gesetzes findet jedoch eine solche Forderung keine Stütze. Im übrigen verlangt auch die bisherige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts in den Fällen des § 1445 Abs. 3 den Nachweis von mindestens 100, durch Zeitablauf gedeckten Pflicht- oder Selbstversicherungsbeiträgen. Nur muß man sich hier naturgemäß — dem Zwecke der Vorschrift Rechnung tragend — mit Beiträgen begnügen, die der Rentenbewerber in der Meinung oder Absicht der Pflicht- oder Selbstversicherung entrichtet hat, auch wenn in Wirklichkeit ein Verhältnis, das die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung begründete, nicht vorlag. Welche Absicht im einzelnen Falle bestanden hat, kann nur aus den Umständen, unter denen die Markenverwendung geschah, insbesondere aus der Farbe der Karte, aus den Erklärungen der Beteiligten, aus dem Alter des Beitragleistenden usw., für die Zeit bis zum Inkrafttreten des Invalidenversicherungsgesetzes auch daraus geschlossen werden, ob einfache Marken oder die bis dahin für die freiwillige Versicherung regelmäßig vorgesehenen Doppelmarken verwendet sind (zu vgl. die Revisionsentsch. in Sachen Finis gegen die Landesversicherungsanstalt Hannover vom 7. Januar 1913 — Pr.L. IIa 1584/12 —). Eine nähere Feststellung hierüber ist meistens dann nicht erforderlich, wenn im ganzen mehr als 500 Beiträge vorliegen; wenigstens erübrigt sie sich für den Anspruch auf Invalidenrente; für den Anspruch auf Altersrente kann sie dagegen mit Rücksicht auf Art. 65 letzter Satz Einf.Ges. z. RVO. noch nötig werden (zu vgl. Revisionsentsch. 1637, Amtl. Nachr. 1912 S. 938).

Ungerechtfertigt sind auch die aus den §§ 1243 und 1244 der Reichsversicherungsordnung hergeleiteten Bedenken. Ihrer sinngemäßen Anwendung in den Fällen des § 1445 Abs. 3 steht jedenfalls dann nichts im Wege, wenn der Versicherte aus dem vermeintlichen Pflicht- und Selbstversicherungsverhältnis ausscheidet und nunmehr weiterhin Beiträge entrichtet. Setzt jedoch der Versicherte — wie hier — die der Markenverwendung zugrunde liegende Beschäftigung fort, so ist zuzugeben, daß ein Anwendungsfall der §§ 1243 und 1244 streng genommen nicht vorliegt. Wäre es aber zulässig, die durch Zeitablauf nicht geschützten Marken als ungültig zu behandeln, so würde es wohl nur in den seltesten Fällen gelingen, auf Grund des § 1445 Abs. 3 mit Erfolg einen Rentenanspruch zu erheben, weil der Wegfall der danach ungültigen Marken in der Regel ein Erlöschen der Anwartschaft zur Folge haben würde. Da ein solches Ergebnis der Absicht des Gesetzgebers offenbar zuwiderläuft, so muß es zulässig sein, die durch Zeitablauf nicht geschützten Marken in jedem Falle als für die Zwecke der Weiterversicherung verwendet gelten zu lassen (zu vgl. Revisionsentsch. 1660, Amtl. Nachr. 1912 S. 1194).

Die neue Vorschrift des § 1446 Abs. 1 RVO. steht der dargelegten Auslegung des § 1445 Abs. 3 schon deshalb nicht entgegen, weil sie als § 1428 Abs. 1 bereits im Entwurf enthalten war, und die Reichstagskommission trotz des Hinweises der Regierung darauf, daß schon diese Vorschrift über die bisherige Rechtsübung hinausgehe, die Rechte der Versicherten für noch nicht genügend gewahrt gehalten und deshalb den jetzigen § 1445 Abs. 3 in den Entwurf eingestellt hat (zu vgl. Komm.Ber. über den Entw. einer RVO. IV S. 193).

Gegenüber den angeführten Rechtsgründen kann es nicht darauf ankommen, ob die Befürchtung einiger Versicherungsanstalten begründet ist, daß auf dem Wege des § 1445 Abs. 3 eine große Zahl von Personen, für welche die Invalidenversicherung nicht bestimmt ist, deren Leistungen in Anspruch nehmen wird. Indessen darf hierbei, abgesehen davon, daß die schlimmsten Auswüchse durch eine strenge Überwachung der im vorgerückten Alter in die Versicherung eintretenden Personen hintangehalten werden können, nicht unberücksichtigt bleiben, daß auf der anderen Seite die Versicherungsanstalten für einen großen Teil der auf dem Wege des § 1445 Abs. 2 und 3 in die Versicherung einbezogenen Personen lediglich Beiträge empfangen und niemals in die Lage kommen, dafür eine Gegenleistung zu gewähren. Beachtung verdient auch die Erwägung, daß vielleicht ein nicht unerheblicher Teil der auf diese Weise gutgläubig in die öffentlich-rechtliche Versicherung aufgenommenen Personen davon abgehalten wird, in eine Privatversicherung, insbesondere in eine der von Privatvereinigungen ins Leben gerufenen gemeinnützigen Volksversicherungen, die sich einer wachsenden Verbreitung erfreuen, einzutreten.

Nicht weiter zu erörtern ist es hier, ob es ohne ein betrügerisches Vorgehen eines der Beteiligten möglich ist, daß trotz der den Quittungskartenausgabestellen obliegenden Prüfungspflicht (zu vgl. beispielsweise Nr. 5, 6, 28 der preußischen Anweisung vom 20. November 1911, Amtl. Nachr. 1912 S. 336) Personen vor dem vollendeten 16. Lebens-

Digitized by Google

jahre zu Unrecht eine Quittungskarte oder nach dem vollendeten 40. Lebensjahre die erste Selbstversicherungskarte erlangen, und ob, falls es ausnahmsweise doch geschehen sollte, dann solche gutgläubigen Personen etwa den — vom Gesetz ausdrücklich nur für den Betrugsfall ausgeschlossenen — Schutz des § 1445 Abs. 3 entbehren. Insbesondere hat hier eine Prüfung zu unterbleiben, ob angesichts der Kommissionsverhandlungen (IV S. 192 ff.) etwa angenommen werden kann, daß der Gesetzgeber bei der Schaffung jener Schutzvorschrift nur mit der nicht selten vorkommenden Zweifelhaftigkeit einer Sach- oder Rechtslage, namentlich auch mit einer Zweideutigkeit mancher Vorschriften gerechnet und lediglich derartige Fälle im Auge gehabt hat, dagegen beim Entgegenstehen von eindeutigen Vorschriften den Schutz hat versagen wollen, anstatt, wie es nach dem Wortlaut des Gesetzes scheinen muß, unterschiedslos jede gutgläubige Markenverwendung nach Verlauf einer längeren Zeit zu schützen. Nicht zu entscheiden ist deshalb auch eine weitere schwierige Zweifelsfrage, die sich einstellt, falls man eine etwaige solche Absicht des Gesetzgebers für eine einengende Auslegung der Vorschrift verwerten müßte, nämlich die Frage, wann im einzelnen Falle eine Bestimmung als „eindeutig" zu bezeichnen, ob dies zum Beispiel bei der den Eintritt in die Selbstversicherung behandelnden Vorschrift des § 1243 Abs. 1 in Verbindung mit der des § 1443 RVO. (zu vgl. Revisionsentsch. 1601, Amtl. Nachr. 1912 S. 681) anzuerkennen ist.

Dagegen kommt für den vorliegenden Rechtsstreit noch in Betracht, ob ein Fall wie der vorliegende vom § 1445 Abs. 3 vielleicht deshalb nicht gedeckt wird, weil die neu eingeführte zehnjährige Ausschlußfrist, innerhalb deren die Rechtsgültigkeit der Markenverwendung angefochten sein muß, beim Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bereits abgelaufen war, die Versicherungsanstalten in solchen Fällen also zu einer rechtzeitigen Anfechtung häufig gar nicht in der Lage gewesen sind. In dieser Beziehung kann aber lediglich auf die Revisionsentscheidung 1660 (Amtl. Nachr. 1912 S. 1194) verwiesen werden, deren Standpunkt durch die Ausführungen eines inzwischen veröffentlichten Reichsgerichtsurteils vom 26. September 1912 (Juristische Wochenschrift 1913 Seite 42 Nr. 31) gestützt wird, wonach in eine erst vom Bürgerlichen Gesetzbuch eingeführte zehnjährige Ausschlußfrist die vor dem Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuchs verflossene Zeit einzurechnen ist.

Was endlich die Erfüllung der Wartezeit für die Altersrente anbelangt, so können vorliegendenfalls selbst dann keine Bedenken bestehen, wenn bei der Beurteilung des Anspruchs an der Hand der Reichsversicherungsordnung auch deren dem Rentenbewerber ungünstigere neue Vorschriften angewendet werden müssen (zu vgl. Revisionsentsch. 1248, Amtl. Nachr. 1906 S. 281), zu denen unter Umständen die gehört, daß die frühere Bezugszeit einer Invalidenrente nicht mehr nach § 47 Abs. 4 des Invalidenversicherungsgesetzes in vollem Umfange, sondern nach § 1309 RVO. höchstens auf die Dauer eines Jahres angerechnet werden kann. Denn wenn auch die Rentenbezugszeit der Klägerin vom 1. Juni 1901 bis zum 31. Oktober 1903 nicht mit den vom Schiedsgericht zugrunde gelegten 125 Wochen, sondern nur mit 52 Wochen in Anrechnung kommt, so hat die Klägerin doch im ganzen immer noch 544+396 rechtsgültige Wochenbeiträge und 52 Ersatzwochen, also im ganzen 992 Beitragswochen nachgewiesen, während sie nach § 1278 Nr. 2 RVO. in Verbindung mit Art. 65 Abs. 1 Einf.Ges. nur 806 Beitragswochen würde nachzuweisen brauchen. Dem Erfordernis des bezeichneten Art. 65 Einf.Ges. z. RVO. hat die Klägerin auch insofern genügt, als sie in den ersten fünf Jahren nach der Einführung der Invalidenversicherung mehr als 200 Beitragmarken, die nach dargelegten Umständen des Falles als Pflichtmarken anzusehen sind, nachgewiesen hat.

Somit ergibt sich, daß der Anspruch der Klägerin auf Altersrente nach der Reichsversicherungsordnung gerechtfertigt ist.

Ziffernmäßig würde sich die Rente nach der Reichsversicherungsordnung etwas höher stellen als sie nach dem Invalidenversicherungsgesetz vom Schiedsgericht berechnet worden ist. Dies liegt daran, daß in dieser Beziehung die bezeichnete neue Vorschrift des § 1309 RVO. hier zugunsten der Klägerin wirkt, indem die Klägerin ausschließlich Beitragsmarken IV. (468) und V. (472) Lohnklasse verwendet hat, die Rentenbezugswochen aber, die sie nach der obigen Darlegung zur Erfüllung der Wartezeit überhaupt nicht nötig hätte, bloß als Beitragsmarken II. Lohnklasse angerechnet werden und daher den Lohnklassendurchschnitt nach § 1293 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung um so weniger herunterdrücken, je geringer ihre Anzahl ist (zu vgl. Revisionsentsch. 1546, Amtl. Nachr. 1911 S. 419). Indessen muß es mangels einer Revision der Klägerin bei der vom Schiedsgericht festgestellten Rentenhöhe bewenden.

Irrig ist die auf die Revisionsentsch. 114 und 813 (Amtl. Nachr. 1892 S. 28 und Amtl. Nachr. 1900 S. 662) gestützte Ansicht der Beklagten, daß die Klägerin frühestens von dem Zeitpunkt ab Anspruch auf die Altersrente erheben könne, von dem ab durch die Reichsversicherungsordnung ihre Versicherungspflicht als Bühnenmitglied sachlich begründet sei. Anerkenntnis und Fristablauf im Sinne des § 1445 RVO. haben vielmehr zur Folge, daß die Markenverwendung schlechthin rechtswirksam wird, und daß es nicht darauf ankommt, ob die Ver-

Digitized by Google

pflichtung oder eine Berechtigung dazu vorlag. Die Beiträge werden zu rechtmäßig verwendeten und haben somit auch alle diesen anhaftenden Wirkungen. Daraus folgt, daß seit dem Eintritte des Versicherungsfalles, das ist hier seit dem am 3. Mai 1911 vollendeten 70. Lebensjahre der Klägerin, die Versicherungsleistung zu gewähren ist.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Das Heilverfahren in der Angestelltenversicherung.

I. Hierüber hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ein Merkblatt herausgegeben, das unter Hinweis auf die §§ 36—43 AVG. besagt:

Um die infolge einer Erkrankung drohende Berufsunfähigkeit eines Versicherten abzuwenden, kann die Reichsversicherungsanstalt ein Heilverfahren einleiten, soweit nicht bereits durch einen Träger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung ein solches eingeleitet ist. Dasselbe gilt, wenn zu erwarten ist, daß ein Heilverfahren den Empfänger eines Ruhegeldes wieder berufsfähig macht.

Wer bei der Reichsversicherungsanstalt einen Antrag auf Einleitung eines Heilverfahrens einreichen will, nimmt zweckmäßig die Hilfe der Vertrauensmänner oder des aus ihnen gebildeten Ortsausschusses in Anspruch. Außerdem können Anträge bei der Reichsversicherungsanstalt (Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193 bis 195) unmittelbar gestellt werden.

Es empfiehlt sich, hierbei eine von dem behandelnden Arzte ausgestellte kurze Bescheinigung über Notwendigkeit und Aussicht des Heilverfahrens, für die von der Reichsversicherungsanstalt bis auf weiteres drei Mark gegen Vorlage der ärztlichen Quittung vergütet werden, beizulegen. Das von der Reichsversicherungsanstalt, den Vertrauensmännern oder vom Ortsausschuß erhältliche Antragsformular ist auf das genaueste auszufüllen, wobei diese auf Wunsch behilflich sein werden. Wenn durch Ungenauigkeiten oder Fehler zeitraubende Rückfragen erforderlich werden, kann eine unliebsame Verzögerung im Beginn des Heilverfahrens eintreten.

Die Erledigung des Antrages wird wesentlich beschleunigt, wenn gleichzeitig das Gutachten eines Vertrauensarztes der Reichsversicherungsanstalt sofern es nicht von ihm selbst unmittelbar eingesandt wird, beiliegt. Das Formular für das Gutachten ist ebenfalls von der Reichsversicherungsanstalt, den Vertrauensmännern oder dem Ortsausschuß zu beziehen, die auch die zuständigen Aerzte bezeichnen werden. Das dem Antragsteller vom Vertrauensarzt in geschlossenem Briefumschlag übergebene Gutachten ist ungeöffnet einzusenden. Von den Gebühren für das vertrauensärztliche Gutachten ist nur ein Drittel — gleich drei Mark — von dem Antragsteller an den Arzt sofort zu entrichten, die übrigen zwei Drittel trägt die Reichsversicherungsanstalt. In dem Antrage ist auch anzugeben, in welcher Zeit die Durchführung des Heilverfahrens für die beruflichen und häuslichen Verhältnisse am wenigsten störend ist. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die Winterkuren den Sommerkuren, insbesondere auch bei Lungenleiden, im Erfolge mindestens gleichstehen.

Sofern das jährliche Gesamteinkommen des Antragstellers 2500 M. nicht übersteigt, ist dies in dem Antrage zu vermerken, da die Eisenbahnverwaltungen in diesem Falle eine Fahrpreisermäßigung für die Zwecke des Heilverfahrens gewähren. Der Nachweis ist der Beifügung der letzten Steuerquittung oder durch eine behördliche Bescheinigung (vorgesetzte Behörde, Ortspolizei) zu führen.

Ueber die Genehmigung oder Ablehnung des Antrages erteilt die Reichsversicherungsanstalt einen Bescheid. Nach Eingang der Genehmigung muß eine weitere Mitteilung über den festgesetzten, gewöhnlich kurzfristigen Zeitpunkt abgewartet werden, an dem die Uebersiedelung in die bezeichnete Heilanstalt oder überhaupt der Beginn des Heilverfahrens zu erfolgen hat.

Angehörige des Erkrankten, deren Unterhalt er ganz oder überwiegend aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, erhalten unter bestimmten Voraussetzungen während des Aufenthalts des Erkrankten in einer Heilanstalt oder einem Kurort ein Hausgeld. Dieses beträgt täglich (also auch für Sonn- und Feiertage) mindestens $^3/_{20}$ des zuletzt gezahlten Monatsbeitrages.

Sofern die Behandlung oder der Ersatz von Zähnen zur Abwehr drohender Berufsunfähigkeit notwendig wird, übernimmt die Reichsversicherungsanstalt auf Antrag in geeigneten Fällen die Hälfte der im voraus nach bestimmten Sätzen zu berechnenden Kosten. Dem Antrag, der ohne Benutzung eines Formulars zu stellen ist, ist beizufügen: 1. eine kurze ärztliche Bescheinigung darüber, daß die Behandlung oder der Ersatz von Zähnen notwendig sei zur Vermeidung des Eintritts von Berufsunfähigkeit, z. B. infolge von Magenleiden oder Ernährungsstörungen, 2. ein zahnärztlicher Voranschlag auf Vordruck über Art und Ausdehnung der erforderlichen Behandlung sowie über die Kosten. Für die ärztliche Bescheinigung werden dem Antragsteller gegen Vorlage der Quittung des Arztes bis auf weiteres 3 M. erstattet.

II. Einer Mitteilung an die Vertrauensmänner entnehmen wir folgendes:

Zur Durchführung der bewilligten Heilverfahren steht der Reichsversicherungsanstalt eine größere Anzahl von Lungenheilstätten und Sanatorien in allen Teilen des Reiches zur Verfügung. Bei der Auswahl der Heilanstalten ist darauf Bedacht genommen, daß sie den Anforderungen entsprechen, die Angehörige des Mittelstandes zu stellen berechtigt sind. Ein Verzeichnis der Anstalten wird später herausgegeben werden.

Der vielfach Lungenheilanstalten und Bädern des Auslandes zugeschriebene besonders günstige Heilerfolg kann in den meisten Fällen auch innerhalb des Deutschen Reiches in gleicher Weise erreicht werden. Eine Entsendung Kranker ins Ausland wird daher nur in Ausnahmefällen in Frage kommen.

Den Angestellten, die gleichzeitig nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität versichert sind (Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung) steht es frei, den Antrag auf Gewährung eines Heilverfahrens bei der zuständigen Landesversicherungsanstalt oder der Reichsversicherungsanstalt zu stellen. Die Heilverfahren, welche die Reichsversicherungsanstalt übernimmt, werden von ihr in eigener Verwaltung durchgeführt.

Ein Heilverfahren, dem sich ein Kranker ohne vorher erteilte Zustimmung der Reichsversicherungsanstalt unter-

Digitized by Google

zieht, wird von dieser nachträglich nicht übernommen; auch wird ein Zuschuß zu den Kosten nicht gewährt.

Da die Liste der für die Reichsversicherungsanstalt tätigen Vertrauensärzte noch nicht endgültig abgeschlossen werden konnte, wird die Benennung der in Betracht kommenden Vertrauensärzte zunächst in jedem einzelnen Falle von der Reichsversicherungsanstalt aus erfolgen.

III. Beigefügt sind ferner „Grundsätze für die Gewährung eines Heilverfahrens", und zwar einerseits zum Gebrauch für die Vertrauensmänner anderseits für die Vertrauensärzte. Als Aufgabe der einen wie der anderen wird es bezeichnet, den Versicherten von der Einreichung solcher Anträge abzuraten, die den (näher bezeichneten) Voraussetzungen nicht entsprechen. Dagegen liegt es in den Zielen der Angestelltenversicherung und im Interesse der allgemeinen Volksgesundheit, wenn in geeigneten Fällen Versicherte auf die Benutzung dieser ihnen offenstehenden Wohlfahrtseinrichtung frühzeitig aufmerksam gemacht werden.

Hauspflege für Wöchnerinnen und Kranke nach der Reichsversicherungsordnung.

Der „Verband der Hauspflege" in Frankfurt a. M. (Rüsterstr. 20) macht die Krankenkassen in dieser Zeit der Neugestaltung ihrer Satzungen in einem beachtenswerten Rundschreiben auf die diesen Gegenstand betreffenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und auf die dabei in Betracht kommenden Gesichtspunkte aufmerksam.

I. In erster Reihe wird die Hauspflege für Wöchnerinnen erörtert. Nach § 196 Ziff. 2 RVO. kann die Kasse mit Zustimmung der Wöchnerin Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen gewähren und dafür bis zur Hälfte des Wochengeldes abziehen. Nach § 205 kann diese Leistung auch versicherungsfreien Ehefrauen des Versicherten zugebilligt werden. Dabei sind unter Hauspflegerinnen im Sinne des § 196 RVO. Personen zu verstehen, welche die hauswirtschaftliche Tätigkeit für die Wöchnerin besorgen, sowie diese und den Säugling versorgen.

Die Zeit der Niederkunft der Frau ist für alle Kreise der Versicherten eine wirtschaftlich außerordentlich schwierige. Außer den Kosten für Hebamme, Kinderausstattung und notwendigen Anschaffungen für das Wochenbett gilt es nach Möglichkeit einen Ersatz zu schaffen für die ausfallende Arbeit der Hausfrau, um dieser die unbedingt notwendige Ruhe und Pflege zu sichern. Hierfür eine geeignete, bezahlte Arbeitskraft anzustellen, sind jedoch fast ausnahmslos die Versicherten nicht in der Lage, und nur selten sind in der heutigen Zeit bei den weiten Entfernungen der Großstadt und der Versprengung der einzelnen Familienmitglieder weibliche Verwandte oder Freunde zu diesem Dienste bereit. Fehlt aber die notwendige Ruhe und Pflege im Wochenbett, so entsteht ein in den Folgen oft unabsehbarer Schaden für die Gesundheit. Die Wöchnerin, welche schon am zweiten oder dritten Tage ihre häusliche Arbeit aufnehmen, die älteren Kinder und den Haushalt versorgen muß, treibt gezwungen Raubbau an ihrer Körperkraft und zahlt, wie jeder Frauenarzt bestätigt, nur zu oft mit langem Siechtum, mit dauernder Schädigung ihrer Gesundheit die Arbeit dieser wenigen Tage. Je kinderreicher die Familie schon ist, desto größer ist die Gefahr der Ueberarbeitung für die Wöchnerin. Diese Gefahr wird durch die Anstellung einer Hauspflegerin beseitigt. Sie kommt tagsüber, später eventuell halbtags, pflegt Wöchnerin und Säugling und verrichtet alle sonst von dieser getane Arbeit: Kochen, Beaufsichtigen der Kinder, Waschen und Putzen. Die Dauer der Hauspflege beträgt meist neun Tage. Die Hauspflegerinnen wählt man zweckmäßig aus den Kreisen der Arbeiterbevölkerung, unabhängige, nicht zu junge Frauen, die vor allem sauber und zuverlässig sind. Etwas Schulung in Säuglingspflege und Hygiene ist sehr erwünscht.

II. Hauspflege in Krankheitsfällen kann die Kasse nach § 185 gleichfalls mit Zustimmung des Versicherten namentlich dann gewähren, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar ist, oder ein wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in seiner Familie oder in seinem Haushalt zu belassen; die Satzung kann gestatten, dafür bis zu einem Viertel des Krankengeldes abzuziehen.

Zweck der Hauspflege ist nach dem Dargelegten in beiden Fällen nicht nur Stillung eines augenblicklichen Bedürfnisses, Hilfe in schwieriger Lage, sondern weit darüber hinaus: Verhütung schwerer körperlicher Schädigung, Erhaltung der Volksgesundheit. In immer steigendem Maße sehen die Krankenkassen ihre schöne und vornehme Aufgabe nicht nur im Heilen schon vorhandener Schäden, sondern sie sind bestrebt, soweit wie möglich ihren Mitgliedern die Gesundheit zu erhalten. Damit dienen sie nicht nur der Volksgesundheit, sondern auch ihren eigenen wohlverstandenen Interessen, da eine zur rechten Zeit aufgewendete kleine Summe oft Hunderte erspart. In weitem Maße ist dies der Fall bei Gewährung von Hauspflege. Den Kassen, welche ihren Mitgliedern den Segen dieser freiwilligen Leistungen gewähren wollen, bieten sich verschiedene Möglichkeiten:

a) Die Kassen können selbst Hauspflegerinnen anstellen, also die Hauspflege in eigene Regie nehmen, wie größere Kassen jetzt mancherorts eigene Genesungsheime und Zahnkliniken besitzen. Auf diese Weise haben z. B. große Werke (Gute Hoffnungshütte u. a.) für die Ehefrauen ihrer Arbeiter die Hauspflege organisiert.

b) Die Kassen können mit dem im Orte bestehenden Hauspflegeverein[1]) in Verbindung treten und diesem gegen Ersatz der Kosten oder gegen Zahlung eines Pauschbetrages für den einzelnen Fall die Pflegefälle überweisen. In dieser Art haben die meisten Hauspflegevereine Verträge mit großen Werken, Gemeinden oder anderen großen Arbeitgebern. — Wo noch kein Hauspflegeverein besteht, ließe sich vielerorts gewiß ein solcher ins Leben rufen, oder ein bestehender Frauenverein würde diese Aufgabe übernehmen.

c) Wo Hauspflegevereine bestehen, kann die Kasse auch den Weg wählen, daß sie dem Verein einen größeren Jahresbeitrag überweist mit der Bedingung, das Recht auf Zuweisung einer gewissen Anzahl von Fällen zu haben. Noch einfacher ist es, daß die Kasse (etwa durch Krankenbesucherinnen, Schalterbeamte) die Versicherten im Bedarfsfalle auf das Bestehen des Hauspflegevereins hinweist, und am Schlusse des Jahres gibt auf Wunsch der Hauspflegeverein der Kasse einen Bericht über die Zahl der verpflegten Familien, welche der betreffenden Kasse angehören. Die meisten Hauspflegevereine würden hierzu bereit sein. (Aehnlich handhabt es zurzeit schon die Gemeinsame Ortskrankenkasse in Düsseldorf.)

---

[1]) Hauspflegevereine bestehen in: Augsburg, Berlin, Bochum, Bonn, Bremen, Breslau, Charlottenburg, Dresden, Düren, Düsseldorf Elberfeld, Erfurt, Flensburg, Frankfurt a. M., Freiburg i. Br., Fürth i. Bayern, Gera, Gotha, Hamburg, Karlsruhe i. B., Leipzig, Lichtenberg bei Berlin, Magdeburg, Mainz, Mannheim, München, Nürnberg, Pankow b. Berlin, Solingen, Stettin, Wilmersdorf, Witten a. d. Ruhr.

Digitized by Google

Auch betreffs des Umfanges der zu gewährenden Leistungen gibt es verschiedene Möglichkeiten:

1. Das Wünschenswerteste wäre, im vollen Umfange die gesetzlich zulässigen Leistungen der §§ 196 und 185 einzuführen und allen versicherten weiblichen Mitgliedern bei Wochenbett und (soweit das Gesetz zuläßt) bei Krankheit, sowie den Ehefrauen der Versicherten bei der Niederkunft Hauspflege zu gewähren. Hierzu werden jedoch wegen der großen und vorläufig nicht übersehbaren Kosten nur wenig Kassen in der Lage sein, selbst wenn sie von dem Recht, einen Teil des Wochen- bzw. Krankengeldes abzuziehen, Gebrauch machen.

2. Die Kasse gewährt Hauspflege ihren weiblichen Mitgliedern bei Wochenbett (oder bei Wochenbett und Krankheit) eventuell mit teilweisem Abzug des Wochengeldes. So dringend notwendig es auch für die Nur-Hausfrauen ist, im Bedarfsfalle Hauspflege zu haben, so werden doch viele Kassen diese Aufgabe als ihnen zu fernliegend betrachten und vorziehen, die verfügbaren Mittel für ihre Mitglieder zu verwenden. Da mit Einführung der Reichsversicherungsordnung eine große Zahl von Ehefrauen (Wasch- und Putzfrauen, Aufwärterinnen, Hausgewerbetreibende) versicherungspflichtig werden, so wäre schon eine Gewährung von Hauspflege an die weiblichen Kassenmitglieder außerordentlich zu begrüßen.

3. Die Kasse gewährt Hauspflege nicht allgemein, sondern nur unter gewissen Voraussetzungen, sie billigt sie nur den weiblichen Mitgliedern und den Ehefrauen ihrer Mitglieder bei Wochenbett, wenn in dem Haushalt der Wöchnerin mehr als 2 (3, 4) Kinder unter 14 (10) Jahren sind. — Diese Form der Gewährung wäre vom volkswirtschaftlichen Standpunkt insofern am besten, als die verfügbaren Mittel denen zugute kämen, die der Hauspflege am dringendsten bedürfen. Hierbei könnte man Punkt 2 und 3 verschmelzen, indem man den weiblichen Mitgliedern allgemein, den Ehefrauen der Versicherten aber nur bei zahlreicher Familie Hauspflege gewährt.

4. Für Kassen, denen ihre finanzielle Lage eine derartige Erweiterung ihrer Leistungen nicht gestattet, bleibt noch der unter c angegebene Weg, ohne Aufnahme des § 196 in ihre Satzungen, den Versicherten im Bedarfsfalle Hauspflege zu verschaffen.

Erwähnt sei noch, daß überhaupt auch ohne Aufnahme in die Satzungen der Vorstand im Einzelfalle Hauspflege gewähren kann; doch ist sicher eine Regelung dieser Frage durch die Satzung vorzuziehen.

Die rechtbildende Kraft der Tarifverträge.

Verträge verpflichten der Regel nach nur die Vertragsteilnehmer. Bei den Tarifverträgen aber bildet es schon lange einen Gegenstand der Erörterung, ob und inwieweit sie nicht Wirkungen auch auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer äußern können, die an ihnen nicht unmittelbar beteiligt sind. Es kann sich dabei sowohl um die Lohnbestimmungen, als auch um andere Punkte der vertraglichen Regelung handeln. Bei Arbeitsverträgen gilt nach § 612 BGB., beim Mangel einer bestimmten Lohnabrede oder einer Lohntaxe, die „übliche" Vergütung als vereinbart, und es entsteht die Frage, ob nicht die tarifmäßigen Lohnfestsetzungen unter Umständen als die ortsüblichen und deshalb auch für andere verbindlichen Lohnsätze gelten. Hierüber hat sich das Gewerbegericht Charlottenburg in einem Urteil vom 12. November 1912 folgendermaßen ausgesprochen: In ständiger Rechtsprechung vertrete das Gericht den Standpunkt, daß die Bestimmungen des in einem Gewerbe abgeschlossenen Tarifvertrags auch auf solche Arbeitgeber und Arbeitnehmer Rechtswirkungen äußern können, die keiner der Tarifvertragsparteien angehören. Voraussetzung sei, daß der Vertrag von der Mehrzahl der Arbeitgeber und Arbeitnehmer des Gewerbes anerkannt sei; dann gelten mangels besonderer Parteiabreden die Bestimmungen des Tarifvertrages als der nach § 612 BGB. ortsübliche Lohn. — Eine ähnliche Frage tauchte vor dem Gewerbegericht Eberswalde hinsichtlich der Kündigung auf. Der Tarifvertrag für das Malergewerbe, der am 15. Februar abgelaufen und nicht erneuert worden war, hatte die Bestimmung enthalten, daß die gesetzliche Kündigungsfrist von 14 Tagen ausgeschlossen, die Entlassung also jederzeit zulässig sei. In einem Rechtsstreit, in welchem ein entlassener Gehilfe den Lohn noch für 14 Tage forderte, machte der Meister geltend, daß in Eberswalde ortsüblich die einseitige sofortige Lösung des Arbeitsverhältnisses durch den Meister oder den Gehilfen zulässig sei; denn die Meister hätten schon vor der tarifvertraglichen Regelung vom Jahre 1904 immer auf Festlegung des Ausschlusses der Kündigungsfrist gehalten. Gerade dies aber führte zu dem Schlusse, daß der Ausschluß der Kündigung vor der Geltung des Tarifvertrages noch nicht ortsüblich gewesen sein könne, weil es sonst nicht der besonderen vertraglichen Festlegung bedurft hätte. Hierzu bemerkt die „Soziale Praxis" (XXII Nr. 88): Hiermit sei freilich noch nicht die wichtige Frage beantwortet, ob nicht durch die lange, stetige Gewöhnung an die tarifvertragliche Norm des Kündigungsausschlusses, die seit fast zehn Jahren nun im Eberswalder Malergewerbe geherrscht hat, eine ständige Uebung, eine Handwerksregel sich herausgebildet habe, die ganz unabhängig von dem Tarifvertrage durch ihre eigene Tradition die Geltung eines Ortsgewohnheitsrechts besitzt. Der Tarifvertrag schaffe bekanntlich mit seinen Normen nicht in allen Punkten immer neue Regeln, sondern kodifiziere oft nur in systematischer Uebersicht das, was im Gewerbe als angemessen und gerecht angesehen wird. Sofetzte der Tarifvertrag manchmal nur unter hergebrachte Regeln das Siegel der allgemeinen Anerkennung. Ja, es sei im Tarifvertragswesen sogar eine gesunde Tendenz wirksam, gewisse Entwicklungsprodukte der kollektiven Arbeitsregelung allmählich zu festen Bestandteilen eines ungeschriebenen Arbeitsgesetzes zu machen, dem in der Auffassung der beteiligten Kreise eine höhere Bedeutung zukomme, als den oft unzulänglichen oder veralteten Weisungen des geschriebenen Arbeitsrechts im Bürgerlichen Gesetzbuch und der Gewerbeordnung. Diese für die deutsche Tarifvertragspolitik sehr wesentlichen Gesichtspunkte schienen in der Eberwalder Verhandlung nicht genügend erörtert zu sein. Jedenfalls gehe die Begründung des Urteils, das den Gehilfenanspruch auf 14 Tage Lohn anerkannte, nicht auf diese Erwägungen ein.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Zur Kritik der Musterfatzungen für Krankenkassen.

Herr Geheimer Regierungsrat Keßler, Direktor des Oberversicherungsamts in Münster i. W., schreibt uns:

I. In Heft 16 Ihrer Zeitschrift kritisiert Amtsgerichtsrat Hahn den § 19 A Abs. 4 der Musterfatzungen für allgemeine Ortskrankenkassen. Mag die Kritik nach dem Wortlaut der Musterfatzungen auch berechtigt erscheinen, so dürfte doch der Zusammenhang erkennen lassen, daß hier nur ein Redaktionsfehler vorliegt. Die Forderung Hahns ist nämlich im Abs. III des § 19 A der Musterfatzung erfüllt, wo verfügt wird: „Jedes Kassenmitglied wird auf Grund seiner Anmeldung nach dem darin angegebenen Arbeitsverdienste durch den Kassenvorstand einer Lohnstufe zugeteilt." Hiernach wird als Merkmal für die Zuteilung eines „jeden" Kassenmitgliedes zu einer der Grundlohnstufen des Abs. II oder Lohngruppen des Abs. I derjenige Tagesentgelt hingestellt, welcher sich aus der Anmeldung des Arbeitgebers (§ 12 des Entwurfs) sei es unmittelbar (bei Tagelohnverabredung), sei es mittelbar (bei Wochen- und Monatslohn) ergibt.

Dem Wortlaut nach ist dieser Abs. III mit dem Abs. IV unvereinbar. Es ist also anzunehmen, daß die Verfasser des Entwurfs die Vorschrift des Abs. IV nur für diejenigen Fälle haben geben wollen, in denen aus der Anmeldung (§ 12) die Höhe des Tagesentgelts sich weder unmittelbar ergibt, noch ohne weiteres errechnen läßt, und daß bei der Abfassung ein entsprechender Zusatz unterblieben ist. Für alle Kassenorgane und Gemeindeverbandsbehörden, die Satzungen errichten, empfiehlt sichs aber, diesen Redaktionsmangel zu beseitigen und den Eingang des Abs. IV etwa folgendermaßen zu fassen: „Die Zuteilung derjenigen Kassenmitglieder, für die die Höhe des Tagesentgelts sich aus der Anmeldung (§ 12) weder unmittelbar ergibt, noch ohne weiteres berechnen läßt, erfolgt nach dem Durchschnitt des Verdienstes, den sie . . . usw."

II. Bei dieser Gelegenheit weise ich auf einen andern Redaktionsfehler der Musterfatzungen hin. In § 2 Ziff. 2 der Musterfatzungen für Landkrankenkassen werden die im Wandergewerbe Beschäftigten als Kassenmitglieder bezeichnet, sofern eine Polizeibehörde des Kassenbezirks für die Erteilung des Wandergewerbscheines zuständig ist. Nach dem am Rande angezogenen § 459 Abs. 1 RVO. ist aber für die Kassenzugehörigkeit der Ort maßgebend, bei dessen Polizeibehörde der Wandergewerbetreibende den Schein beantragt. Die Begründung zu § 487 des Entwurfs der RVO. läßt mit Sicherheit erkennen, daß die Zuständigkeit der Kasse sich nicht nach dem Sitz derjenigen Behörde richten sollte, welche den Wandergewerbeschein erteilt. Die Erteilung des Scheines erfolgt in Preußen durch den Bezirksausschuß, während der Antrag auf Erteilung bei der Polizeibehörde des Wohnortes oder Aufenthaltes des Nachsuchenden zu stellen ist. Es muß also heißen:

2. „Die im Wandergewerbe Beschäftigten, sofern der Wandergewerbetreibende bei einer Polizeibehörde des Kassenbezirkes den Wandergewerbschein beantragt."

Literarisches.

Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte von Düttmann, Appelius, Seelmann. Altenburg S. A. 1912, Stephan Geibel Verlag. Preis: 12 M., geb. 15 M.

Wir haben die ersten beiden Lieferungen im Jahrg. 1912 S. 709 angezeigt und anerkennend besprechen können. Jetzt liegt es vollständig vor und bestätigt unser früher gefälltes Urteil. Von erfahrenen Praktikern des Versicherungsrechts gewissenhaft bearbeitet, wird dieser Kommentar dem Praktiker gute Dienste leisten. Eine gut orientierende Einleitung und ein ausführliches alphabetisches Register erleichtern die Uebersicht über den reichen Stoff.

Versicherungsgesetz für Angestellte, Handausgabe von Stier-Somlo. München 1913, Oskar Beck. Preis: geb. 8,50 M.

In handlicherem Format und in anmutiger Ausstattung, fast wie ein Bändchen Lyrik, stellt sich diese Ausgabe mit Einleitung, Erläuterungen, preußischen und bayerischen Ausführungsbestimmungen und ausführlichem Sachregister dar. Die Handausgabe der Reichsversicherungsordnung hat für diese Ausgabe des verwandten Gesetzes wertvolle Vorarbeit geleistet. Der Verfasser hat aber auch sonst die vorhandene Literatur, wie die Gesetzesmaterialien und Entscheidungen ausgiebig benutzt und in seinen Erläuterungen in gedrängter Form eine Fülle von Belehrung geboten.

Zum **Handbuch der Unfallversicherung,** herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts (3. Auflage, Leipzig, bei Breitkopf & Härtel), ist ein Ergänzungsband erschienen. Die zwei ersten Bände des Handbuchs sind 1909, der dritte 1910 erschienen. Die vorliegende bis Ende 1912 fortgeführte Zusammenstellung weiterer wichtiger Entscheidungen und sonstiger Aeußerungen des Reichsversicherungsamts wird daher sehr willkommen sein. Als Anlagen sind beigefügt: eine Zusammenstellung von Unfallverhütungsvorschriften; eine Zusammenstellung von Entscheidungen über Anwendbarkeit zivilprozeßrechtlicher Vorschriften auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung; Statistik der Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung 1885 bis 1911; die Arbeiterversicherung in Europa.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Können Ortskrankenkassen, die für alle Gewerbszweige und Betriebsarten bestehen, zugelassen werden?

1. Nach J. Antwort: Das Recht der Gemeindeverbände, Ortskrankenkassen für ihren Bezirk zu errichten (§ 231 RVO.), geht den Bestrebungen bestehender Kassen auf Ausgestaltung nach Art. 15 Einf.Ges. vor (vgl. preuß. Min.Erl. vom 8. Mai 1912, Arb.-Versorgg. 29 S. 371, 372). Keine Kasse hat Anspruch, ausgestaltet zu werden, und von einem Beschwerderechte gegenüber dem Beschluß des Kreistags kann danach nicht die Rede sein. Anders steht es mit der Zulassung. Eine Kasse, die den Antrag rechtzeitig gestellt hat, muß zugelassen werden, wenn die Voraussetzungen der §§ 239—242 RVO. vorliegen. In dieser Hinsicht besteht nach Ihren eigenen Angaben und nach dem Statut nur das Bedenken, daß Ihre Kasse Gewerbszweige und Betriebsarten umfaßt, während nach § 239 RVO. eine gemeinsame Ortskrankenkasse nur zugelassen werden kann, wenn sie für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten besteht. Die in § 1 Ziff. 1, 2, 3, 5 Ihres Statuts bezeichneten Gruppen sind Gewerbszweige, weil sie nach dem Gegenstande des Betriebes bestimmt sind; die in Ziff. 4 bezeichneten Kraftbetriebe dagegen sind Betriebsarten, weil es sich dort um die Form und die Mittel des Betriebs handelt. Gleichwohl halten wir das Bedenken in Ihrem Falle nicht für durchschlagend. Der § 239 RVO. lehnt sich an § 16 Abs. 4 KVG. an. Der preuß. Handelsminister hat schon früher angenommen, daß danach die Errichtung von Kassen für Gewerbszweige „und" Betriebsarten unzulässig war (Erl. vom 30. Dezember 1905, Arb.-Versorgg. 1906 S. 98): ebenso soll folgeweise eine Zulassung solcher Kassen, wo sie dennoch errichtet worden sind, ausgeschlossen sein. Allein dies kann nicht gelten für Kassen, welche überhaupt alle Versicherungspflichtigen des Bezirks umfassen. Daß solche Kassen errichtet werden durften, ist in den Motiven zum Krankenversicherungsgesetz von 1883 (S. 35) ausdrücklich anerkannt, wie sie denn auch in großer Zahl im Reiche tatsächlich unbeanstandet bestehen. Folglich können solche Kassen auch nach § 239 RVO. zugelassen werden.

Zur Frage des landwirtschaftlichen Betriebsunfalls.

2. Nach A. Antwort: a) Ein Betriebsunfall liegt nicht vor, wenn die Frau eines landwirtschaftlichen Pächters auf dem Wege zum Verpächter, dem sie den Pachtzins bringen will, verunglückte, und zwar deswegen nicht, weil die Zweckbestimmung des Ganges nicht auf den betriebstechnischen, sondern auf den geschäftsleitenden Teil des Unternehmens gerichtet war (vgl. Handbuch der Unfallversicherung Bd. I S. 98).

b) Desgleichen ist das Vorliegen eines landwirtschaftlichen Betriebsunfalls zu verneinen, wenn jemand auf dem Wege zu einem Vortrage über einen landwirtschaftlichen Gegenstand verunglückt. Wenn er auch den Vortrag besucht, um seine Fachkenntnisse zu erweitern und sie vielleicht dem Betriebe nutzbar zu machen, so ist diese Beziehung doch nur eine mittelbare, und es kann nicht von einem Unfall die Rede sein, der sich beim Betriebe ereignet hat.

Rechtslage der versicherungsberechtigten Mitglieder bei Auflösung der Krankenkasse.

3. Nach Bocholt. Antwort: Ihre Frage wird im § 300 RVO. ausdrücklich beantwortet. Die freiwilligen Mitglieder sind nicht zu überweisen, aber sie haben „das Recht auf Mitgliedschaft bei der entsprechenden Kasse", d. h. bei derjenigen Kasse, welcher die Versicherungspflichtigen vom Versicherungsamt zugewiesen werden. Wer von diesem Rechte Gebrauch macht, setzt nach § 300 die bisherige Mitgliedschaft nunmehr bei der anderen Kasse unmittelbar fort. Die Voraussetzungen des freiwilligen Beitritts (§ 310) brauchen also bei der neuen Kasse nicht erfüllt, sondern es braucht nur die Absicht der Fortsetzung kundgegeben zu werden. Näheres bei Hahn, Handb. der Krankenversf. S. 388 Anm. 2 zu § 289, auch S. 406 Anm. 2 zu § 300.

a) Ersatzanspruch der Krankenkassen gegen die Berufsgenossenschaft; Einwilligung des Verletzten. b) Bei Unfällen vor 1913 gilt § 1513 RVO., wenn die Uebernahme des Heilverfahrens nach 1912 erfolgt ist. c) Zu § 576 RVO.

4. D.K. Berlin. Antwort: a) Die Frage, ob nach der Reichsversicherungsordnung zur Ueberweisung von Rentenbeträgen an die Krankenkasse noch die Einwilligung des Verletzten erforderlich ist, beruht auf einer falschen Annahme. Eine „Ueberweisung" findet ja nicht mehr statt, sondern das Gesetz gibt der Kasse in §§ 1501 ff. in gewissen Grenzen einen unmittelbaren Ersatzanspruch gegen die Berufsgenossenschaft. Es ist Sache der Genossenschaft, den Anspruch zu prüfen und zu befriedigen und, wenn sie es zu ihrer Sicherung für erforderlich hält, die Zustimmung des Verletzten zu erwirken. Im Streitfalle erhebt die Kasse ihren Anspruch vor dem Versicherungsamt nur gegen die Berufsgenossenschaft (§ 1516). Dieses aber wird auf Antrag oder von Amts wegen auch den Verletzten, wegen seines Rechtsinteresses am Ausgange des Verfahrens, zuziehen (§ 23 Verordnung über das Verfahren).

b) Nicht auf den Zeitpunkt des Unfalls, sondern auf den Zeitpunkt der Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft kommt es an. Da die Uebernahme erst nach dem 31. Dezember 1912 erfolgt ist, gilt § 1513 RVO.; vgl. Arb.-Versorgg. 1913 S. 354.

c) Nach § 576 RVO. besteht erst nach Ablauf der 13. Woche Gewißheit, ob die Genossenschaft oder der Unternehmer den Unfallzuschuß zu erstatten hat. Es ist deshalb sachgemäß, daß die Kasse den Ablauf dieser Zeit abwartet, ehe sie Erstattung fordert. Im vorliegenden Falle hat die Kasse, weil vor Ablauf der 13. Woche eine vorübergehende Besserung eingetreten war, sich mit Unrecht sofort an den Unternehmer gehalten und den Zuschuß von ihm eingezogen. Die bald wieder eingetretene, über die 13. Woche hinaus dauernde Verschlimmerung ergibt, daß die Genossenschaft für den Zu-

Digitized by Google

schuß aufzukommen hat. Deshalb muß die Kasse dem Unternehmer den von ihm erhobenen Betrag zurückzahlen.

Die §§ 21, 321 RVO. gelten nicht für Ersatzkassen.

5. **Nach M.** Antwort: Die §§ 21, 321 RVO. gelten nicht für Hilfskassen, da diese, auch wenn sie als Ersatzkassen zugelassen werden, nicht zu den Krankenkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung gehören (§§ 3, 225) und da weder die §§ 503 ff. noch das Gesetz betreffend Aufhebung des Hilfskassengesetzes (Arb.-Versorgg. 1912 S. 19) entsprechende Vorschriften für die Hilfskassen enthalten. Die Satzung kann daher die Frage der Entschädigung der Vorstandsmitglieder und Rechnungsprüfer für Zeitaufwand und Auslagen nach pflichtmäßigem Ermessen regeln, also auch Pauschbeträge festsetzen. Daß sie sich dabei in angemessenen Grenzen hält, darüber hat die Aufsichtsbehörde zu wachen (§ 64 Gesetz vom 12. Mai 1901).

Vorprüfung der Kassensatzungen. — Ausgestaltung und Zulassung. — Schließung von Kassen. — Gleichwertigkeit der Leistungen gegenüber neuen Ortskrankenkassen. — Stillbeihilfen in Sachleistungen dürfen die Kassen nicht gewähren.

6. **X. Y. in N.** Antwort: a) Im allgemeinen findet eine Vorprüfung der Satzungen durch das Versicherungsamt überhaupt nicht statt (vgl. § 324 RVO.). Die Frage ist daher nicht verständlich, wenn sie sich nicht etwa nur auf den Sonderfall des Art. 20 Einf.Ges. bezieht. Hier aber ist doch deutlich ausgesprochen, daß der Beschlußausschuß prüft, ob die Voraussetzungen erfüllt sind, und zu den Voraussetzungen gehört nach Art. 19 auch, daß der Satzungsentwurf den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung entspricht.

b) Die zweite Frage betrifft einen in unserer Zeitschrift viel erörterten Streitpunkt. Wir verweisen namentlich auf 1913 S. 98, 99 und 318, 319 und bemerken, daß Hoffmann und der preuß. Handelsminister, welche die Ausgestaltung wie eine besondere Art der Zulassung ansehen, mit dieser Auffassung weder in der Literatur noch in der außerpreußischen Praxis (soviel wir übersehen können) Anklang gefunden haben. Vgl. noch Min.Rat Schaeffer, Stuttgart, in Monatsschr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. Heft 2 S. 82; bayr. Min.Erl. in Arb.-Versorgg. 1913 S. 343 ff. und besonders klar: sächs. Verordnung v. 8. Januar 1913 in Fischers Zeitschr. 42 S. 107 ff., 111 Ziff. II, 4.

c) Selbstverständlich erfordert die Schließung der eingehenden Kassen und Gemeindekrankenversicherungen ein förmliches Schließungsverfahren nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, wie sich aus Art. 14, 21 ergibt. Vgl. die Einleitung des Aufsatzes in Arb.-Versorgg. 1913 S. 269

d) § 260 RVO. trifft unseres Erachtens auch bei allen neu zu errichtenden Orts- und Landkrankenkassen zu, sowohl nach dem Wortlaute wie nach dem Grunde der Vorschrift; d. h. wenn die maßgebende Kasse gleich bei ihrer Errichtung Mehrleistungen einführt, so brauchen die Sonderkassen des Bezirks ihr hierin nicht vor einem Jahre zu folgen. Wäre es anders, so stände es in der Macht der neuen allgemeinen Kassen, durch Ueberspannung der Leistungen für die erste Zeit die Schließung der Sonderkassen herbeizuführen, um dann die Leistungen bald wieder herabzusetzen (vgl. Begr. S. 180 zu § 273 Entw.).

e) Wenn der wohltätige Verein selbst Stillbeihilfen gewähren wollte, so möchte es unter Umständen sachgemäß sein, daß er sie in Sachleistungen gewährt; dagegen ist es ganz unangebracht, daß er den Krankenkassen vorschlägt, entsprechend zu verfahren, da diese nach der klaren Vorschrift in § 200 RVO. nur ein Stillgeld gewähren dürfen.

Irreführung eines bisherigen Mitgliedes durch die Kasse über die Fortsetzung der Mitgliedschaft.

7. **Nach H.** Frage: Nach neueren Entscheidungen endigt die Krankenkassenmitgliedschaft nicht mit dem Ende des Austrittstags, sondern mit dem Moment des Austritts. Bei einer Ortskrankenkasse ist es schon mehrmals vorgekommen, daß die nach dem Austritt erkrankten Mitglieder, die keinen Anspruch gemäß § 28 KVG. haben, bis zum Ablauf der Frist des § 27 KVG. über Anerkennung oder Nichtanerkennung im unklaren gelassen und erst dann die Ansprüche abgewiesen wurden. In einem Fall erlitt ein Arbeiter, der abends 6 Uhr ausgeschieden war und keinen Anspruch als Erwerbsloser hatte, um 9 Uhr einen Schädelbruch. Die Kasse erkannte den erhobenen Anspruch zunächst an, lehnte ihn aber nach acht Tagen ab, so daß auch hier der Anspruch auf Grund des § 27 nicht mehr gewahrt werden konnte. Hat die Ortskrankenkasse nicht die Pflicht, Ansprüche, die auf Grund der Pflichtmitgliedschaft nicht aufrecht erhalten werden können, binnen der Frist des § 27 abzuweisen, damit der Anspruch durch Erklärung der freiwilligen Mitgliedschaft gerettet werden kann? Können, wenn Versicherte auf diese Weise um das ihnen gemäß § 27 KVG. zustehende Recht gekommen sind, Schadensersatzansprüche aus § 823 BGB. erheben?

Antwort: Nach der herrschenden Ansicht genügt es allerdings zur freiwilligen Weiterversicherung nicht, daß das bisherige Pflichtmitglied Unterstützungsansprüche geltend macht, vielmehr muß es eine ausdrückliche Erklärung abgeben, daß es sich freiwillig weiterversichern wolle (vgl. Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 5a zu § 313 RVO; abweichend der Braunschweig. Verwaltungsgerichtshof in der Arb.-Versorgg. 18 S. 694). Darum erlischt, sofern nicht die Voraussetzungen des § 28 KVG. vorliegen, die Mitgliedschaft, wenn das bisherige Mitglied nach Aufhebung des Arbeitsverhältnisses erkrankt, mag die Erkrankung auch an demselben Tage erfolgen, und mag auch die Kasse Krankenunterstützung gewähren. Wird diese freilich absichtlich mindestens eine Woche gewährt, damit der Erkrankte in den Irrtum versetzt werde, er sei nach § 54a Satz 2 noch weiterhin Mitglied, und damit er infolgedessen die zur Erhaltung der freiwilligen Mitgliedschaft nach § 27 erforderliche einwöchige Frist verabsäume, so sind die Voraussetzungen des § 826 BGB. erfüllt, wonach derjenige, der einem anderen in einer gegen die guten Sitten verstoßenden Weise vorsätzlich Schaden zufügt, ihm zum Ersatze verpflichtet ist. Haftbar wäre demnach in erster Linie derjenige Kassenvertreter, der die absichtliche Irreführung veranlaßt hat. Aber auch eine Haftung der Kasse selbst aus den §§ 31 und 831 BGB. käme in solchen Fällen in Frage. Denn als juristische Person untersteht sie gleichfalls den Vorschriften des bürgerlichen Rechts über unerlaubte Handlungen. Eine derartige Haftung der Kasse aus unerlaubter Handlung würde freilich praktisch den Erfolg haben, daß der Erkrankte fast ebenso gestellt sein würde, als ob er Mitglied geblieben wäre, aber es besteht doch der wichtige Unterschied, daß die Kasse ihrerseits Schadensersatz von ihrem schuldigen Vertreter verlangen könnte. Fälle absichtlicher Irreführung dürften wohl nur ganz vereinzelt vorkommen, sind auch schwer nachzuweisen. Hat sich jedoch der Kassenvertreter selbst in einem Irrtum über die Fortsetzung der Mitgliedschaft befunden, so haftet weder er, noch die Kasse. Denn für die Ersatzpflicht genügt nicht eine fahrlässige Vermögensschädigung, sondern diese muß auch rechtswidrig sein, und

Digitized by Google

das wäre nur der Fall, wenn die Kasse oder ihr Vertreter die Rechtspflicht hätten, die Mitglieder in solchen Fällen über die gesetzlichen Vorschriften aufzuklären; dazu sind sie aber nicht verpflichtet. § 823 BGB. ist demnach nicht anwendbar.

Kein Anspruch ganz invalider Mitglieder auf Krankengeld im Falle einer Erkrankung.

8. Nach Hannover. Antwort: Es ist lebhaft bestritten, ob ein freiwilliges Mitglied, das infolge Invalidität dauernd arbeitsunfähig ist, im Falle einer Erkrankung Krankengeld beanspruchen kann. Wir verneinen es; denn der Anspruch auf Krankengeld setzt voraus, daß die Arbeitsunfähigkeit gerade die Folge der Krankheit ist. So auch Hahn in der Arb.-Versorgg. 11 S. 6 und in seinem Handbuch der Krankenversicherung Anm. 6e zu § 182 S. 221, ferner Sächs. Oberverwaltungsgericht in der Arb.-Versorgg. 29 S. 393. Abweichend freilich das Preuß. Oberverwaltungsgericht in der Arb.-Versorgg. 19 S. 456 und der Bad. Verwaltungsgerichtshof in der Arb.-Versorgg. 29 S. 393.

Zur Haftung des Pferdebesitzers für einen durch Scheuen des Tieres veranlaßten Unfall.

9. Nach Stargard i. P. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse benutzte eines Tages, um zur Arbeitsstelle zu gelangen, das Fuhrwerk seines Bruders, eines Fleischermeisters. Dieser lenkte das Gespann. Unterwegs löste sich die Wagenschere, die nicht genügend befestigt war, und fiel dem Pferde auf die Hinterbeine. Das Tier scheute und ging mit dem Wagen durch. Hierbei wurde dieser umgeworfen und unser Mitglied schwer verletzt. Können wir den Bruder haftpflichtig machen?

Antwort: Auch wenn der Bruder, was nach der Sachlage wahrscheinlich ist, die Wagenschere ungenügend befestigt hatte, so braucht ihn deswegen noch kein Verschulden an dem Unfall zu treffen. Denn dieser hatte doch seine Ursache in dem Scheuen des Pferdes. Daß das Tier aus jenem Anlaß scheuen würde, das konnte wohl kaum vorausgesehen werden. Nur wenn das Pferd seiner Natur nach leicht zum Scheuen neigte, so daß eine besondere außergewöhnliche Vorsicht notwendig und dies dem Bruder bekannt war, würde dieser sich einer Fahrlässigkeit schuldig gemacht haben, durch die seine Ersatzpflicht nach § 823 BGB. begründet wäre. Was die Haftung aus § 823 BGB. betrifft, die freilich kein Verschulden des Tierhalters erfordert, so könnte er sich von ihr, da es sich um ein seinem Berufe und seiner Erwerbstätigkeit dienendes Tier handelt, durch den Nachweis befreien können, daß er bei der Beaufsichtigung des Tieres die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet habe. Eine Verletzung dieser Aufsichtspflicht ist unseres Erachtens in der mangelhaften Befestigung der Wagenschere nicht zu erblicken.

Aenderung eines Vertrages zwischen Kasse und Rechnungsführer; Kündigung.

10. Nach Detmold. Frage: Der Rechnungsführer einer Ortskrankenkasse, die zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet wird, ist am 1. Januar 1910 von der Kasse gegen vierteljährliche Kündigung — entgegen den Bestimmungen des Statuts, das halbjährliche Kündigung vorschreibt — angestellt. Als Vergütung erhält er 6 % der Einnahme. Es soll jetzt ein festes Gehalt ausgesetzt werden und zwar in der Höhe, wie er bisher die Vergütung bezogen hat — jährlich 750 M; dabei ist ihm mündlich zugesichert, daß das Gehalt später entsprechend erhöht wird. Der Rechnungsführer ist nicht einverstanden, sondern wünscht Beibehaltung des bisherigen Verfahrens. Muß sich der Rechnungsführer die Festsetzung des Gehalts gefallen lassen? Sämtliche Arbeitgeber im Vorstande wünschen die Beibehaltung des bisherigen Verfahrens. Die Generalversammlung am 19. April d. J. hat in ihrer Mehrheit auch die Beibehaltung beschlossen, jedoch am 17. Mai d. J. den Beschluß umgestoßen und die Festsetzung des Betrages von 750 M. als Gehalt beschlossen. War die Generalversammlung am 17. Mai dazu berechtigt? Sämtliche in der Generalversammlung anwesenden Arbeitgeber und auch ein Teil der Arbeitnehmer haben dagegen vor der Beschlußfassung protestiert und die Sitzung vor der Beschlußfassung verlassen, weil hierüber schon beschlossen war und kein Grund vorlag, den Beschluß sofort wieder aufzuheben. Ferner gilt die Kündigungsfrist von einem viertel Jahre nach dem Vertrage oder die Kündigungsfrist von einem halben Jahre nach dem Statut zu Recht? Eine Aenderung des Statuts ist bisher nicht erfolgt. Ist zur Kündigung schon jetzt die übereinstimmende Mehrheit der Arbeitgeber und der Versicherten erforderlich? Oder genügt einfache Mehrheit? Wer hat im Streitfalle des Rechnungsführers zu entscheiden? Die jetzige Aufsichtsbehörde oder das Versicherungsamt? Wer hat über die Beschwerde der Arbeitgeber wegen des Verfahrens der Generalversammlung am 17. Mai zu entscheiden?

Antwort: Selbstverständlich kann die Generalversammlung jederzeit einen von ihr gefaßten, noch nicht vollzogenen Beschluß durch einen neuen Beschluß abändern oder ersetzen. Eine Beschwerde hierüber gibt es nicht, sondern es wäre nur Sache des Vorstandes, den zweiten Beschluß, wenn er ungültig wäre, nicht auszuführen. Es kommt aber darauf nicht an, weil der Rechnungsführer nicht gezwungen werden kann, die neue Gehaltsregelung anzunehmen. Er kann auf seinem Vertrage bestehen. Der Kasse bleibt dann nur überlassen, von ihrem Kündigungsrechte Gebrauch zu machen. Die Kündigungsfrist beträgt ein halbes Jahr, entsprechend dem Statut; die abweichende Vereinbarung ist ungültig, obwohl die Frist von ein viertel Jahr im vorliegenden Falle für die Kasse günstiger wäre. Es entspricht der Billigkeit, daß für die Kasse keine andere Kündigungsfrist gelten kann, als für den Rendanten. Der § 354 Abs. 2 RVO. ist nach Art. 38 Einf.Ges. schon jetzt in Geltung; es sind also zur Kündigung übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen im Vorstand erforderlich. Im Streitfalle hat nach § 358 RVO. (Art. 38 Einf.Ges.) das Versicherungsamt zu entscheiden.

Sonn- und Feiertage, die regelmäßig Arbeitstage sind, müssen bei der Festsetzung der Kassenbeiträge und der Kassenleistungen berücksichtigt werden.

11. J. 100. Antwort: Der Grundlohn, nach welchem sowohl die Leistungen der Kasse gemäß § 180 RVO., wie auch die Mitgliedsbeiträge gemäß § 385 RVO. bemessen werden, richtet sich nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt. Daher sind auch die Sonn- und Feiertage, sofern sie, wie bei Dienstboten, regelmäßig Arbeitstage sind, zu berücksichtigen. Somit können nicht ausnahmslos die Woche zu 6, der Monat zu 25 und das Jahr zu 300 Tagen gerechnet werden. (Ebenso Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 3 zu § 180 RVO.). Dasselbe hat auch schon jetzt nach dem Krankenversicherungsgesetz zu gelten. Zu beachten ist, daß nach § 384 Abs. 3 RVO. für solche Mitglieder, für die auch die Sonn- und Feiertage Arbeitstage sind, erhöhte Beiträge laut Satzung erhoben werden können, wenn diese nicht allgemein das Krankengeld auch für Sonn- und Feiertage zubilligt.

Ersatzanspruch des Armenverbandes an den Ehemann der unterstützten Frau.

12. Nach Ohligs. Antwort: Wenn der Ortsarmenverband die durch Unterbringung der Ehefrau in eine

Digitized by Google

Irrenanstalt entstandenen Kosten bezahlt hat, so kann er von dem Ehemann, der sich an ihn wandte, in demselben Umfange Ersatz verlangen, in welchem der Mann zum Unterhalt seiner Frau verpflichtet war. Gemäß § 1360 BGB. hat er ihr aber nach Maßgabe seiner Lebensstellung, seines Vermögens und seiner Erwerbsfähigkeit Unterhalt zu gewähren. Im vorliegenden Falle gestatteten offenbar dem Manne seine Vermögensverhältnisse nicht, die Kosten zu tragen, da er ja gerade wegen seiner Mittellosigkeit den Armenverband in Anspruch genommen hat. Demnach wäre er nicht zur Erstattung verpflichtet, falls er nicht ausdrücklich eine Verpflichtung übernommen hätte.

Die Krankenkasse braucht zu den Kosten der Unterbringung eines Idioten in einer Anstalt nur beizutragen, wenn Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes vorliegt.

13. Nach R. Frage: Seit 3—4 Wochen ist der Idiot R. als Tagelöhner bei dem Unternehmer W. hier beschäftigt und zwar gegen einen Lohn von täglich 1,80 M. R. ist 15—16 Jahre alt. Vordem war er bei einem Unternehmer seines Wohnortes tätig und auch Mitglied der dortigen Ortskrankenkasse. Sobald er Mitglied unserer Kasse geworden ist, stellte bei dieser das Bürgermeisteramt seines Wohnortes den Antrag auf Uebernahme von Anstaltspflegekosten, und zwar für die ersten 26 Wochen, da es beabsichtige, den R. in einer Idiotenanstalt unterzubringen. Wir haben den Antrag abgelehnt und zwar mit der Begründung, daß Idiotismus keine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes sei, insbesondere, da der Idiot noch bis heute bei dem Unternehmer W. täglich seine Arbeit verrichtet. Er ist also nicht arbeitsunfähig. R. ist jedenfalls schon längere Zeit blödsinnig und leidet an keiner mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit. Ist unser Ablehnungsbescheid berechtigt?

Antwort: Idiotismus wird zur Krankheit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes, wenn er ärztliche Behandlung erforderlich macht, und zwar auch dann, wenn von dieser eine Besserung des Zustandes zu erhoffen ist. In einem solchen Falle muß freilich die Kasse Krankenunterstützung gewähren, d. h. ärztliche Behandlung und Krankengeld; zur Gewährung der Anstaltspflege ist sie berechtigt, nicht aber verpflichtet. Offenbar soll aber R. gar nicht zwecks ärztlicher Behandlung in eine Anstalt gebracht werden, sondern dort wohl dauernd verbleiben, weil er wegen seines geistigen Zustandes nicht in der Lage ist, selbständig seine Angelegenheiten zu besorgen, sondern einer gewissen Aufsicht und Leitung bedarf. Dann würde überhaupt kein Unterstützungsfall im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes vorliegen und die Kasse keinerlei Verpflichtungen haben.

Gleichzeitiger Bezug von Krankengeld und Invalidenrente.

14. Nach B. Antwort: Das Krankengeld muß von der Krankenkasse auch für die Zeit ungekürzt gezahlt werden, während deren das Mitglied Invalidenrente bezieht, auch wenn die dauernde Invalidität auf derselben Ursache beruht wie die Krankheit, für die die Krankenunterstützung zu gewähren ist. Die Kasse hat keinen Anspruch auf die Invalidenrente. Vom 1. Januar 1914 wird hierin für bestimmte Gruppen von Versicherten insofern eine Aenderung eintreten, als nach § 423 RVO. die Satzung einer Landkrankenkasse mit Zustimmung des Oberversicherungsamts bestimmen kann, daß Versicherte kein Krankengeld beziehen, denen auf Grund der Reichsversicherung eine dauernde jährliche Rente mindestens im 300fachen Betrage des satzungsmäßigen täglichen Krankengeldes gewährt ist.

Anspruch auf Krankenunterstützung trotz Abmeldung.

15. Nach St. Goar. Antwort: Der Arbeiter blieb nach § 54a Satz 2 KVG. Mitglied Ihrer Kasse, solange er von dieser Krankenunterstützung zu beanspruchen hatte, auch wenn er vor seiner Gesundung abgemeldet wurde. Erkrankte er nun einen Tag nach dieser abermals, so hatte er von neuem Anspruch auf die Kassenleistungen gemäß § 28 KVG., wenn er inzwischen erwerbslos gewesen ist.

Erlöschen des Vorstandsamtes bei einer Krankenkasse infolge Ueberschreitens der Gehaltsgrenze.

16. Nach Sch. Antwort: Dem Vorstand einer Krankenkasse können nur deren Mitglieder angehören. In dem Augenblick, da die Mitgliedschaft erlischt, z. B. weil die Gehaltsgrenze von 2000 M. überschritten wird, erlischt auch das Vorstandsamt. Wie Sie aber angeben, sind für Sie die Beiträge, als Ihr Jahresverdienst 2000 M. überstieg, weiter entrichtet worden, und zwar in der Absicht, die Mitgliedschaft freiwillig fortzusetzen. Sie sind daher Mitglied geblieben; denn die freiwillige Weiterversicherung ist auch zulässig, wenn die Gehaltsgrenze überschritten ist (vgl. Preuß Oberverwaltungsgericht in der Arb.-Versorgg. 25 S. 421; Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 2a zu § 313 RVO.). Da Sie also freiwilliges Mitglied geblieben sind, so haben Sie auch Ihr Vorstandsamt behalten, vorausgesetzt, daß nicht etwa, was als zulässig gilt (vgl. Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz Anm. 3 zu § 34), das Statut vorschreibt, daß freiwillige Mitglieder dem Vorstande nicht angehören können. Der Umstand, daß vom 1. Januar 1914 ab die Gehaltsgrenze 2500 M. ist, konnte an sich nicht den Verlust der Mitgliedschaft und des Vorstandsamts vor dem 1. Januar 1914 hindern. War die Mitgliedschaft erloschen, so können die zu Unrecht gezahlten Beiträge zurückverlangt werden; der Anspruch verjährt nach dem jetzigen Recht erst in 30 Jahren; vom 1. Januar 1914 ab beträgt freilich die Verjährungsfrist nur sechs Monate nach Ablauf des Kalenderjahres, in welchem die Beiträge entrichtet worden sind (§ 29 Abs. 2 RVO.).

Einbehaltung des Arbeitsbuches wegen Vertragsbruchs.

17. Nach D. Antwort: Verläßt ein minderjähriger Arbeiter ohne Einhaltung der Kündigungsfrist unter Vertragsbruch die Stelle, so kann ihm der Arbeitgeber das Arbeitsbuch bis zum Ablauf der Kündigungsfrist einbehalten. Denn die Aufgabe der Stellung ist als Kündigung aufzufassen, und die Auflösung des Arbeitsverhältnisses wird erst mit Ablauf der Kündigungsfrist rechtmäßig, die Aushändigung des Buches kann aber gemäß § 107 Satz 3 Gew.O. erst nach rechtmäßiger Auflösung verlangt werden.

Krankenunterstützung während einer Freiheitsstrafe.

18. Nach Zweibrücken. Antwort: Die Krankenunterstützung ist weiter zu zahlen, auch wenn das Mitglied eine Freiheitsstrafe verbüßt. Das Krankenversicherungsgesetz enthält keine Bestimmung, daß während dieser Zeit der Anspruch ruhe. Anders vom 1. Januar 1914 ab. Nach § 216 RVO. ruht die Krankenhilfe, solange der Berechtigte eine Freiheitsstrafe verbüßt; ist er durch Krankheit arbeitsunfähig geworden, so erhalten jedoch Angehörige, die er bisher von seinem Arbeitsverdienste unterhalten hat, Hausgeld.

Digitized by Google

Für Streitigkeiten zwischen Ersatzkassen und ihren Mitgliedern sind die ordentlichen Gerichte zuständig.

19. **Nach Hannover.** Antwort: Streitigkeiten zwischen den Ersatzkassen und deren Mitgliedern sind vor den ordentlichen Gerichten auszutragen; denn die Mitgliedschaft trägt privatrechtlichen Charakter (Hahn, Handb. der Krankenverf. Anm. 2 zu § 508). Gewisse Rechtsstreitigkeiten der Ersatzkassen freilich, z. B. mit den Trägern der Unfallversicherung (vgl. § 1551 RVO.), sind von den Versicherungsbehörden zu entscheiden. Das ist der Grund, warum nach § 42 die Vorstandsmitglieder der Ersatzkassen an den Wahlen der Versicherungsvertreter für das Versicherungsamt teilnehmen.

Auch freiwillige Mitglieder können im Kassenvorstand bleiben. — Wahlen des neuen Vorstandes.

20. **Nach Detmold.** Antwort: a) Das Vorstandsmitglied, das als Versicherter gewählt ist, behält sein Amt auch wenn es sich selbständig macht und nunmehr freiwilliges Mitglied wird (vgl. Arb.-Versorgg. 28 S. 645 Ziff. 2). Freilich kann die Satzung eine abweichende Bestimmung treffen.

b) Bei denjenigen Kassen, deren Generalversammlungen aus sämtlichen Mitgliedern bestehen, müssen die Wahlen des neuen Vorstandes noch in diesem Jahre stattfinden, wie ausdrücklich in einer Bekanntmachung des Reichskanzlers betont wird (vgl. den preußischen Ministerialerlaß in der Arb.-Versorgg. 30 S. 34).

Beitreibung irrtümlich gezahlten Krankengeldes. — Entrichtung der Beiträge für versicherungspflichtige Hausgewerbetreibende. — Pfändung des Arbeitgebers wegen der Kassenbeiträge.

21. **Nach F.** Antwort: a) Das irrtümlich gezahlte Krankengeld kann nur dann zwangsweise eingetrieben werden, wenn eine vollstreckbare Entscheidung, die das Mitglied zur Erstattung verurteilt, vorliegt. Ist sie von der Aufsichtsbehörde erlassen worden, so ist die Vollstreckung im Verwaltungszwangsverfahren zulässig. Hat aber ein ordentliches Gericht die Entscheidung gefällt, so hat die Zwangsvollstreckung nach den Bestimmungen der Zivilprozeßordnung zu erfolgen.

b) Durch Kommunalstatut kann bestimmt werden, daß die Fabrikanten die Beiträge für die Hausgewerbetreibenden, als welche die Kettenschmiedemeister offenbar zu gelten haben, selbst einzahlen müssen und den Anteil der Hausgewerbetreibenden diesen von der Arbeitsvergütung einbehalten dürfen (§ 54 KVG.). Ob die anderen Meister, die in den Räumen des Fabrikanten arbeiten, als dessen Arbeiter zu gelten haben, ist nach den Bestimmungen des Arbeitsvertrages zu beurteilen. Der Verdacht erscheint gerechtfertigt, daß die Vereinbarung, daß der Meister das Schmiedefeuer beim Fabrikanten miete, nur getroffen ist, um seine wirtschaftliche Abhängigkeit, die ihn zum Arbeiter macht, zu verschleiern.

c) Wenn der Fabrikant ständig Arbeiter beschäftigt, so hat er doch wahrscheinlich noch Forderungen an seine Kunden für ausgeführte Bestellungen und es könnte daher ihre Pfändung versucht werden. Um solche Forderungen zu ermitteln, muß er zur Leistung des Offenbarungseides gezwungen werden.

Haftung des Geschäftsführers einer Gesellschaft m. b. H. für Krankenkassenbeiträge.

22. **Nach Moers.** Antwort: Für die Krankenkassenbeiträge haftet der Arbeitgeber, d. h. derjenige, in dessen Namen und für dessen Rechnung der Versicherungspflichtige beschäftigt wird. Das ist, wenn es sich um den Betrieb einer Gesellschaft m. b. H. handelt, diese und nicht deren Gesellschafter oder Geschäftsführer. Die Zwangsbeitreibung in das Vermögen des Geschäftsführers war also unzulässig, und er kann die Rückzahlung verlangen, wenn er nicht etwa sich einer unerlaubten Handlung gegen die Kasse schuldig gemacht hat und dieser daraus haftet. Das wäre z. B. der Fall, wenn er sich gegen § 82 b KVG. vergangen, also die Beiträge zwar abgezogen, aber der Kasse vorenthalten hätte, um diese zu schädigen oder sich oder der Gesellschaft oder sonst jemanden einen rechtswidrigen Vermögensvorteil zu verschaffen. Der Geschäftsführer haftet also nur bei Verschulden.

Kürzung des Unfallzuschusses bei mehrfacher Krankenversicherung.

23. **Nach Oberhausen.** Antwort: Die Krankenkasse muß nach § 573 RVO. den Unfallzuschuß an sich gewähren, auch wenn der Verletzte noch aus einer anderen Kasse Unterstützung erhält und diese, sowie das einfache Krankengeld zusammen bereits zwei Drittel des Grundlohnes erreichen; hierbei bleibt also das von der anderen Kasse gewährte Krankengeld außer Betracht. Erst dann, wenn das Krankengeld beider Kassen zusammen den Durchschnittsbetrag des täglichen Arbeitsverdienstes übersteigen würde, kann die Krankenkasse nach § 189 RVO. ihre Leistung entsprechend kürzen.

Ersatzpflicht der Krankenkasse bei Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft.

24. **Nach Duisburg.** Antwort: Wenn die Berufsgenossenschaft innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall das Heilverfahren übernimmt, so hat ihr die Krankenkasse insoweit Ersatz zu leisten, als der Kranke von ihr nach Gesetz oder Satzung Krankenhilfe beanspruchen könnte und die Berufsgenossenschaft nicht selbst ersatzpflichtig wäre. (§ 1513 Abs. 2 Satz 1.) Demnach müßte ihr die Kasse erstatten das Krankengeld ($^1/_2$ des Grundlohnes von $4{,}50 = 2{,}25$ M) und die Krankenpflege ($^3/_8$ des Grundlohnes von $4{,}50 = 1{,}72$ M). Hierzu käme noch der Unfallzuschuß mit $^1/_6$ des Grundlohnes $= 0{,}75$ M. Da ihn aber die Kasse dem Kranken selbst gezahlt hat, so braucht sie ihn der Berufsgenossenschaft, die dazu verpflichtet war, nicht mehr zu erstatten. Zur Zahlung des Taschengeldes an den Kranken war die Kasse überhaupt nicht verpflichtet; denn diese kann zwar, muß aber nicht Krankenhauspflege gewähren. Wohl aber hätte die Berufsgenossenschaft das Taschengeld zahlen müssen, da sie bis zum Ablauf der 13. Woche dem Kranken das zu gewähren hat, was diesem seine Kasse zu leisten gehabt hätte (§ 1513 Abs. 1 Satz 2). Diese kann daher von dem Ersatz, den sie der Berufsgenossenschaft zu leisten hat, das Taschengeld in Abzug bringen. Bemerkt sei noch, daß den Unfallzuschuß der Unternehmer der Kasse ersetzen muß, da die Unfallentschädigung nicht über die 13. Woche hinaus zu leisten war (§ 576).

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **1. Juli 1913.**

Redaktion:	Nr. 19	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Blühende Existenz ungesetzlicher Krankenkassen.

Von Amtsgerichtsrat **Hahn** in Zehlendorf (Berlin).

Die durch die Zulassungsanträge bestehender Orts- und Betriebskrankenkassen gebotene Prüfung, nicht nur der neuen Satzungsentwürfe, sondern auch der bestehenden Satzungen fördert Sonderbares, höchst Sonderbares zutage. Die Zulassung einer Sonderkasse über den 31. Dezember 1913 hinaus, setzt — abgesehen von den im neuen Recht aufgestellten Erfordernissen (§§ 239 ff., 255, 256 RVO., Art. 17 ff. Einf.Ges.) — vor allem voraus, daß die Kasse nach *gegenwärtigem* Rechte gesetzlichen Bestand hat. Die Versicherungsbehörden müssen daher die Krankenkassen aus Anlaß ihrer Zulassungsanträge zunächst auf Herz und Nieren prüfen, ob nicht an ihnen ein Fehl zu ergründen ist, der ihre Existenz schon nach dem bestehenden Recht in Frage stellt und folglich ihre weitere Zulassung von vornherein ausschließt[1]). Und da ergibt sich, daß allenthalben im Reich in großer Zahl Jahrzehnte hindurch Kassen recht munter gelebt und gewirkt haben, die nicht errichtet werden und also nicht bestehen durften, oder welche die grundlegenden Bestimmungen über ihren Mitgliederkreis in unzulässiger Weise verändert haben, also in einer Form bestehen, in der sie nicht bestehen durften.

Bei den Ortskrankenkassen kommt in dieser Hinsicht besonders die vom preuß. Handelsminister vertretene Auffassung in Betracht, daß § 16 KVG. die Errichtung gemeinsamer Ortskrankenkassen zwar für mehrere Gewerbszweige „*oder*" Betriebsarten, aber nicht die Verbindung von Gewerbszweigen „*und*" Betriebsarten in einer Kasse gestattete (Erlaß 30. Dezember 1905, Arb.Versorgg. 1906 S. 98). Ein rechter Grund für solches Haften am Wort ist nicht einzusehen; und zwar um so weniger, als der Sprachgebrauch des Gesetzes keineswegs konsequent festgehalten ist, wie § 19 KVG. ergibt, wo von den Gewerbszweigen „*und*" Betriebsarten, „für welche eine Ortskrankenkasse errichtet wird", die Rede ist — was doch wohl ziemlich klar auf die Zulässigkeit solcher Errichtung hinweist. Indessen der Min.Erl. vom 4. November 1912 (Arb.-Versorgg. 1913 S. 817) weist unter III Ziff. 2a sehr nachdrücklich wieder darauf hin, daß derartige Kassen nicht errichtet werden durften und daher nach § 239 RVO. (dessen Fassung „Gewerbszweige *oder* Betriebsarten" dem § 16 KVG. entspricht) nicht zugelassen werden können; und so kommt es, daß die

[1]) Man hat bestreiten wollen, daß die Versicherungsbehörden im Zulassungsverfahren zu einer solchen Nachprüfung der von den früheren Behörden getroffenen Entscheidungen bei Errichtung der Kassen und Genehmigung ihrer Satzungen befugt seien. Mit Unrecht; denn daß eine Kasse, die nicht errichtet werden durfte, auch nicht zugelassen werden darf, folgt daraus, daß sie zu schließen ist, wenn ihre ungesetzliche Existenz sich nach der Zulassung herausstellt. Vgl. §§ 269 Abs. 2 Ziff. 3, 273 Ziff. 3, 279 Ziff. 5.

Digitized by Google

Versicherungsbehörden auf Verstöße gegen diesen — wirklichen oder vermeintlichen — Inhalt des § 16 KVG. mit Spürsinn fahnden und daß zahlreiche Kassen jetzt der Nichtzulassung und der Schließung verfallen, die bisher unter den Augen der Aufsichtsbehörden und der höheren Verwaltungsbehörden — welche die Satzungen genehmigt hatten! — eine gedeihliche Tätigkeit entfalten durften. Dabei handelt es sich manchmal in Wahrheit nur um einen nicht ganz einwandfreien oder nur ungelenken Ausdruck in der Satzung. Ein Kassenstatut bezeichnet z. B. als zur Kasse gehörig eine Anzahl Gewerbszweige, spricht aber an einer Stelle von der „Fabrikation" von Maschinen. Flugs wird dies aufgegriffen und die Zulassung versagt, weil „Fabrikation" eine bestimmte, nämlich fabrikmäßige Betriebsart bezeichne, also eine unzulässige Verbindung von Gewerbszweigen „und" Betriebsarten vorliege. In Wahrheit hat aber nur der Gewerbszweig der Herstellung von Maschinen — wie an anderer Stelle die Gewerbszweige der Schlosser, Schmiede usw. — bezeichnet werden sollen, und der Ausdruck „Fabrikation" war nur gewählt, weil gerade für die Herstellung von Maschinen dieser Ausdruck gang und gäbe ist, auch wenn die Herstellung einmal im rechtlichen Sinne nicht fabrikmäßig, sondern handwerksmäßig betrieben werden sollte. Auch das ist vorgekommen, daß die Zulassung von Kassen abgelehnt worden ist, die alle Versicherungspflichtigen, ohne Unterscheidung nach Gewerbszweigen oder Betriebsarten, umfassen, indem die satzungsmäßige Umschreibung des Mitgliederkreises sich vollkommen mit § 1 und gegebenenfalls noch mit § 2 KVG. deckt — ein Fall, der in der Begründung des Gesetzes von 1883 (S. 35) ausdrücklich als zulässig erwähnt ist. Es ist ja doch auch bekannt, daß gerade solche „allgemeine" Ortskrankenkassen (im bisherigen Sinne) von sehr bedeutendem Umfange in großer Zahl überall im Reiche bestehen und sich trefflich bewährt haben; und es ergibt sich doch auch aus dem die Ausgestaltung betreffenden Art. 15 Abs. 1 Einf.Ges. z. RVO., daß man die wohlbegründete Existenz solcher Ortskrankenkassen für alle nach dem Krankenversicherungsgesetz Versicherungspflichtigen vorausgesetzt hat. Wenn nun aber in der Satzung einer Ortskrankenkasse als zu ihr gehörig alle versicherungspflichtigen Betriebe genau entsprechend dem § 1 KVG. bezeichnet und nur etwa die Bergwerke und Salinen oder in einem anderen Falle nur die Binnenschiffahrts- und Baggereibetriebe sowie die Werften nicht genannt sind, weil es derartige Betriebe im Kassenbezirke nicht gibt und ihre Anführung nach den Verhältnissen des Bezirks sich nur wie ein schlechter Scherz ausgenommen haben würde — kann und muß man nicht auch dann sagen, daß die Kasse tatsächlich für alle Versicherungspflichtigen, ohne Unterscheidung nach Gewerbszweigen oder Betriebsarten, errichtet ist? Und doch ist es vorgekommen, daß in solchen Fällen die Zulassung abgelehnt worden ist mit der lakonischen Begründung, daß die Kasse in unzulässiger Weise Gewerbszweige „und" Betriebsarten umfasse. In Preußen, wo eine seltsam verfehlte Verwaltungspraxis die „Ausgestaltung" bestehender Ortskrankenkassen nach Art. 15 Einf.Ges. nur für eine besondere Art der „Zulassung" nach Art. 17 ff. ansieht (vgl. Hahn in Arb.-Versorgg. 1913 S. 98, 99), müßte man danach folgerichtig auch dazu gelangen, jene alle Versicherungspflichtigen umfassenden und in erster Reihe zur Ausgestaltung geeigneten Ortskrankenkassen, als nicht zu Recht bestehend und folglich nicht zulassungsfähig, von der Ausgestaltung auszuschließen — in offenbarem Widerspruch mit Art. 15 Abs. 1 Einf.Ges.!

In anderen Fällen wieder muß es in hohem Maße befremden, daß man Kassen, die in ganz offenbarem Widerspruch mit dem Gesetz errichtet waren, lange Jahre hindurch unangefochten bestehen ließ und ihren Lebensfaden erst jetzt, aus Anlaß des Zulassungsantrags, abschneidet. Ein krasses Beispiel dieser Art ist jene Kasse, die unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes allein für weibliche Personen errichtet worden ist und sich ihrer ungesetzlichen und doch gedeihlichen Existenz ahnungslos Jahrzehnte hindurch erfreuen durfte, so daß sie jetzt, gegenüber dem ihr verkündeten Todesurteil, sich auf „ein gewisses Verjährungsrecht" berufen zu dürfen glaubt (Arb.-Versorgg. 1913 S. 406 Ziff. 3).

Ungefähr ebenso schlimm und recht eigenartig liegt der Fall einer großen, blühenden und leistungsfähigen Betriebskrankenkasse. Diese Kasse war vor 1883 für die Betriebe

Digitized by Google

mehrerer Unternehmer errichtet worden. Nach Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes von 1883 konnten solche gemeinsame Betriebskrankenkassen nicht mehr gegründet werden, aber die früher errichteten konnten nach näherer Vorschrift des § 85 KVG. bestehen bleiben, wenn sie sich den neuen zwingenden Vorschriften anpaßten. Nur durften sie späterhin ihren satzungsmäßigen Wirkungskreis nicht erweitern (vgl. Hahn, Anm. d zu § 59 und Anm. zu § 85 KVG.). Jene erwähnte Kasse aber hat in ihre Satzung eine Vorschrift aufgenommen, wonach später sich meldende Betriebe desselben Gewerbszweigs, „die der Kasse aus Zweckmäßigkeitsgründen von der jeweilig zuständigen Krankenkasse überlassen werden", aufgenommen werden können und anderseits Betriebe durch Kündigung aus der Kasse ausscheiden können. Das ist nicht mehr Reichsrecht, sondern Thüringer Landrecht! Aber jene Satzungsvorschrift ist — zuletzt im Jahre 1906! — von der höheren Verwaltungsbehörde genehmigt worden, und es sind denn auch im Laufe der Jahre vielfach Betriebe in diesen Omnibus ein- und auch wieder ausgestiegen. Jetzt müssen alle aussteigen, da das Oberversicherungsamt die Zulassung versagt hat — zum begreiflichen Staunen der davon betroffenen Unternehmer.

Aber ist es nicht viel erstaunlicher, daß so offenbare Rechtsverletzungen unter den Augen der Aufsichts- und der höheren Verwaltungsbehörden Jahre hindurch unbeanstandet blieben? Und was lehren alle diese Dinge? Die Zahl der Krankenkassen, die jetzt, wegen Ungesetzlichkeit ihres Bestandes, der Nichtzulassung und Schließung verfallen, steht in geradem Verhältnis zu dem Maße der Unzulänglichkeit der Beamten, die bisher mit der Aufsicht über die Krankenkassen und mit der Prüfung und Genehmigung der Satzungen befaßt waren. Wird das jetzt besser werden, da diese Obliegenheiten besonderen Fachbehörden übertragen sind? Hoffen wir!

Zur Auslegung der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912.

Von H. Siegmund-Schultze, stellvertr. Vorsitzenden des Versicherungsamts in Cöthen.

Der Herr Reichskanzler (Reichsamt des Innern) hat auf eine Anfrage des Großherzoglich Hessischen Ministeriums des Innern in Darmstadt in einem Rundschreiben an die obersten Verwaltungsbehörden der Bundesstaaten vom 14. September 1912, das zum Teil auch den unteren Verwaltungsbehörden (Versicherungsämtern) abschriftlich mitgeteilt worden ist, der Kaiserlichen Verordnung betreffend die Inkraftsetzung von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung vom 5. Juli 1912 (RGBl. S. 439) eine Deutung zukommen lassen, welche allerwärts mit großem Befremden aufgenommen worden ist. Es heißt darin, daß

> „die Absicht der Kaiserlichen Verordnung dahin gehe, daß vom Tage ihrer Verkündung d. i. 13. Juli an, für Alles, was sich auf die äußere Ordnung der Krankenkassen beziehe, sowohl die materiell-rechtlichen wie die Verfahrensvorschriften der Reichsversicherungsordnung maßgebend sein sollten. Die einzige Ausnahme davon sollten nach Artikel 1 der Verordnung solche Aenderungen in der Organisation bestehender Krankenkassen bilden, welche durch die Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes bedingt sind, das sind Aenderungen, die schon nach dem Krankenversicherungsgesetz unabhängig von eigenen Willen der Kassen geschehen müssen, namentlich also die Schließung einer Ortskrankenkasse aus einem der in § 47 des Krankenversicherungsgesetzes vorgesehenen Gründe".

Selten dürfte sich deutlicher zeigen, welche Verwirrung die leider in der Gesetzessprache jetzt so beliebten „Maßgabesätze" anzurichten in der Lage sind, zumal wenn ihre Bedeutung noch durch eine Negation in einem weiteren Nebensatze verdunkelt ist. Die Wortinterpretation des Artikels 1 der Kaiserlichen Verordnung ergibt, wie bereits Hahn in Nr. 23 dieser Zeitschrift S. 529 deutlich zum Ausdruck gebracht hat, in positiver Ausdrucksweise Folgendes:

Allgemeine Ortskrankenkassen und Land-

Digitized by Google

krankenkassen, sowie diejenigen Organisationsänderungen von Krankenkassen, welche durch das neue Recht bedingt sind, treten erst am 1. Januar 1914 in Kraft. Alle anderen Organisationsänderungen können sich auch in der Zwischenzeit nach dem Inkrafttreten der Kaiserlichen Verordnung, d. i. vom 13. Juli 1912 bis 1. Januar 1914 vollziehen. Desgleichen sind alle Vorschriften über Organisationsänderungen einschließlich der Verfahrensvorschriften schon am 13. Juli 1912 in Kraft getreten. Die Geltung von Vorschriften über Organisationsänderungen ist also überhaupt nicht hinausgeschoben. Es ist lediglich der Moment des Inkrafttretens der neuen Kassen und der Moment des Inkrafttretens ihrer Organisationsveränderungen bis zum 1. Januar 1914 verlängert.

Dieses Ergebnis ist durch die vom Reichskanzler für gut befundene Interpretation der Kaiserlichen Verordnung annähernd in sein Gegenteil verkehrt. Denn danach sollen gerade bei Organisationsveränderungen von Krankenkassen, welche durch das Krankenversicherungsgesetz bedingt sind, noch die alten materiellrechtlichen und Verfahrensvorschriften gelten. Kommt also z. B. während der Uebergangszeit die Auflösung oder Schließung einer Orts-, Betriebs- oder Innungskrankenkasse wegen dauernder Leistungsunfähigkeit, Betriebseinstellung, mangelhafter Kassenführung oder dergleichen mehr in Frage, so haben nach der Interpretation des Herrn Reichskanzlers die bisherigen Behörden, in Preußen z. B. der Bezirksausschuß, nach bisherigem Rechte zu entscheiden; dagegen hat gemäß der Kaiserlichen Verordnung das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) nach neuem Rechte (§ 280 RVO.) zu entscheiden. Desgleichen vollzieht sich der Mitgliederübergang sowie die Abwickelung der laufenden Geschäfte, insbesondere die Erledigung der schwebenden Unterstützungsansprüche usw. nach der Kaiserlichen Verordnung bereits nach neuem Rechte, nach Ansicht des Herrn Reichskanzlers dagegen noch nach dem alten. Dies ist praktisch von erheblicher Bedeutung, insofern die Vorschriften des alten Rechtes hinsichtlich der Wirkungen der Organisationsveränderungen in mehreren Punkten z. B. hinsichtlich der Anrechnung der bei der früheren Kasse zurückgelegten Wartezeit oder der Uebernahme freiwilliger Mitglieder nicht unbestritten sind (vgl. dagegen §§ 212, 289 RVO.), insofern weiter das neue Recht auch besondere Schließungsvoraussetzungen hat, die dem alten Rechte unbekannt waren (vgl. z. B. § 274 RVO.) und insofern endlich bei Streitigkeiten über schwebende Unterstützungsleistungen, welche namentlich bei zwangsweisen Schließungen fast niemals ausbleiben, die Frage entsteht, ob gemäß § 1636 RVO. der Spruchausschuß des Versicherungsamtes (also mit Beisitzerzuziehung) zusammenzutreten hat oder die Aufsichtsbehörde ohne Zuziehung der Versicherungsvertreter entscheidet, und anderes mehr.

Es ist dringend erwünscht, daß unverzüglich durch einen neuen Kaiserlichen Erlaß oder eine richtigstellende Erklärung von seiten des Reichsamtes des Innern oder auf irgendeine andere Weise die durch das Rundschreiben vom 14. September 1912 herbeigeführte allgemeine Rechtsunsicherheit für den Rest der Uebergangsperiode aus dem Wege geräumt werde. Man kann es den Verwaltungsbehörden in der Tat nicht verdenken, wenn sie dem klaren Sinn und Wortlaut der Kaiserlichen Verordnung vor der schiefen Auslegung derselben von freilich kompetenter Stelle vielfach den Vorzug geben.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung

A. Zur Krankenversicherung.

Private Versicherungsunternehmungen.

Erlaß der **preuß. Minister für Handel usw., für Landwirtschaft usw. und des Innern** vom 14. Mai 1913 (HMBl. S. 400).

Zur Genehmigung von Satzungsänderungen privater Versicherungsunternehmungen ist nicht der Landrat bzw. Bürgermeister, sondern der Regierungspräsident zuständig, weil eine Satzungsänderung nicht zu der „im Rahmen der jeweilig geltenden Satzung" sich bewegenden Geschäftsführung des Vereins im Sinne des Erlasses vom 30. Januar 1911 (HMBl. S. 49) gehört. Die Prüfung und Vorbereitung jeder Satzungsänderung liegt, soweit Aufsichtsbehörden dabei mitwirken, gleichfalls dem Regierungspräsidenten ob, da sie so wenig wie die Satzungsänderung selbst ein Gegenstand der laufenden Verwaltung sind.

Anmerkung: Wir teilen den Erlaß hier mit, weil er auch die Krankenversicherungsvereine auf Gegenseitigkeit — Ersatzkassen, wie Zuschußkassen — angeht.

Die Krankenkassen können den Mitgliedern durch die Satzung ein Recht auf Krankenhauspflege einräumen.

Bescheid des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 20. Februar 1913.

Der der beklagten Kasse als Mitglied angehörende Schlosserlehrling Sch. zog sich am 13. September 1910 eine Ellenbogenausrenkung zu und wurde noch an dem Abend desselben Tages in das Clemenshospital zu M. aufgenommen und dort bis zum 26. September 1910 ärztlich behandelt und verpflegt. Hierdurch sind dem Ortsarmenverbande 43 M. Kosten entstanden, nämlich täglich 2 M. für Verpflegung, d. s. 28 M., und 15 M. für die Operation. Diese 43 M. verlangt der Ortsarmenverband von der beklagten Kasse, die ihrerseits den Anspruch sowohl überhaupt, wie insbesondere auch der Höhe nach bestreitet. Der Bezirksausschuß hat die Kasse nach dem Klageantrage verurteilt. Sie legte Revision ein, die jedoch vom Oberverwaltungsgericht zurückgewiesen wurde. Gründe:

Die Einwendungen der Revision sind, wenn von der Höhe der geforderten Kosten zunächst abgesehen wird, verfehlt. Nach der unbestrittenen Behauptung des Klägers war das Clemenshospital allgemein dazu ermächtigt, in dringenden Fällen hilfsbedürftige Kranke für Rechnung des klagenden Armenverbandes aufzunehmen. Daß ein solcher dringender Fall bei der Aufnahme des Sch. am 13. September 1910 vorlag, konnte der Bezirksausschuß auf Grund des Gutachtens des Dr. S. feststellen. Er konnte es auch ferner für unerheblich ansehen, ob der Verwaltung des Clemenshospitals bei der Aufnahme bekannt war, daß die für Sch. zuständige beklagte Kasse ihre Kranken einem anderen Krankenhause zu überweisen pflege. Da Sch. bei der Aufnahme bereits mehrere Ohnmachtsfälle gehabt hatte, konnte der Fall für so dringend angesehen werden, daß eine sofortige Behandlung des Erkrankten, nicht aber eine Ueberführung desselben nach einem anderen Krankenhause noch am Abend des 13. September 1910 in Frage kam. Uebrigens lag auch an diesem Abend noch keine Erklärung der Beklagten vor, daß sie dem Sch. die unbedingt nötige Krankenhauspflege gewähren wolle und die Ueberweisung in ein anderes Krankenhaus verlange. Unstreitig haben nun am Morgen des 14. September 1910 der Vorsitzende und der Rendant der beklagten Kasse die Ueberführung Sch.s in deren Krankenhaus verlangt. Der Vorderrichter konnte aber demgegenüber auf Grund der Auskunft des Dr. S. feststellen, daß zu dieser Zeit die Behandlung Sch.s bereits begonnen hatte und daß eine Unterbrechung derselben ohne eine erhebliche Schädigung Sch.s nicht möglich war (vgl. Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. 48 S. 329, 330). Unter diesen Umständen läßt die Feststellung des Vorderrichters, daß Sch. vom 13. bis 26. September 1910 hilfsbedürftig war, daß der Kläger ihm während dieser Zeit im Wege der öffentlichen Armenpflege die Verpflegung im Krankenhause gewährt habe, und daß deshalb gemäß § 57 KVG. der Unterstützungsanspruch Sch.s gegen die Kasse auf den Kläger übergegangen sei, weder einen Rechtsirrtum noch einen Verfahrensmangel (§ 94 LVG.) erkennen. Daß nach der Behauptung der Beklagten bei der Aufnahme ein Werkführer der Arbeitgeber des Sch. erklärt habe, er komme für die Kosten auf, ist mit Recht für unerheblich angesehen. Diese Erklärung bestätigt lediglich die Dringlichkeit des Falles und nötigt nicht zu einer Auslegung dahin, daß die Unterbringung Sch.s auf Kosten seiner Arbeitgeberin oder gar des Werkführers derselben, also nicht auf Kosten des Armenverbandes, erfolgen solle.

Was die Höhe des Erstattungsanspruchs anbelangt, so muß zwar im allgemeinen davon ausgegangen werden, daß nach dem Gesetz die Kassen auch in dringenden Fällen nicht verpflichtet sind, Krankenhauspflege zu gewähren und daß deshalb Armenverbände, die diese gewährt haben, nicht ohne weiteres über die Grenzen des § 57 Abs. 5 KVG. hinaus die Erstattung der vollen Krankenhauspflegekosten verlangen können. Sie haben diesen Anspruch aber dann, wenn in dem Statut dem Kassenmitglied ein Recht

Digitized by Google

auf Krankenhauspflege eingeräumt ist, oder wenn der Kassenvorstand selbst sich für die Krankenhauspflege entschieden hat. Beides ist hier der Fall. Zunächst ist in § 14 Abs. 1 des Statuts vorgeschrieben, daß unter den dort angegebenen Voraussetzungen — von denen der Vorderrichter jedenfalls diejenige für festgestellt erachten konnte, daß bei der Art der Erkrankung Sch.s dessen Verpflegung im Krankenhause notwendig war — diese an Stelle der in § 13 des Statuts vorgeschriebenen Leistungen treten solle, nicht bloß daß dies auf Anordnung des Vorstandes geschehen könne. Daß der Vorstand hier eine anderweitige Anordnung im Sinne des § 14 Abs. 2 habe treffen können und getroffen habe, ist nicht behauptet. Im Gegenteil gibt die Beklagte, wie bemerkt, selbst an, sie habe am 14. September 1910 den Sch. für ihr Krankenhaus reklamiert und die Ueberführung in dieses verlangt. Damit hat die Beklagte selbst anerkannt, daß der Fall, in dem dem Sch. statutengemäß Krankenhauspflege zu gewähren sei, hier vorliege. Selbst wenn man aber, was der Gerichtshof nicht tut, den § 14 des Statuts dahin auslegen will, daß damit dem Kassenvorstande zwar nicht die Pflicht habe auferlegt, wohl aber das Recht habe gegeben werden sollen, Krankenhauspflege zu gewähren, so hat sich der Kassenvorstand doch jedenfalls für diese durch seine Erklärung am 14. September 1910 ausdrücklich entschieden. Aeußerstenfalls würde dadurch dem Sch. gegen die Kasse ein Anspruch auf Krankenhauspflege erwachsen sein und dem Kläger ein Anspruch auf Erstattung der vollen Krankenhauskosten.

Anmerkung: Die Frage, ob die Krankenkassen sich durch die Satzung zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichten können, ist hiernach in Uebereinstimmung mit dem Sächs. Oberverwaltungsgericht (bei Reger 31 S. 193) bejaht gegen die Auffassung des Bad. und des Braunschw. Verwaltungsgerichtshofs (Arb.-Versorgg. 1897 S. 368, Reger 31 S. 193) sowie gegen Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 232 Anm. 3 zu § 184 RVO. u. Hoffmann Anm. 4 zu § 184 RVO. Eine Würdigung der Bedenken läßt die Entscheidung vermissen.

Erstattungsanspruch des Armenverbandes; Armenpflege oder polizeiliches Einschreiten? (§ 57 KVG.)

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 21. November 1912.

Am 25. Juni 1910 erkrankte der damals 15 Jahre alte, in die häusliche Gemeinschaft seines Lehrherrn, des Schlachtermeisters St. zu Sch., aufgenommene, der beklagten Kasse als Mitglied angehörige Schlachterlehrling Wilhelm R. an Scharlach. Nachdem der Dr. med. B. die Notwendigkeit von Krankenhausbehandlung bescheinigt hatte, wurde er auf Veranlassung des Amts- und Gemeindevorstehers L. zu Sch., der auch ein Organ des klagenden Gesamtarmenverbandes ist, noch an demselben Tage in das Allgemeine Krankenhaus Hamburg-Eppendorf aufgenommen und in diesem bis zum 11. August 1910 ärztlich behandelt und verpflegt. Der leitende Arzt des Krankenhauses hat auf Ersuchen des Vorsitzenden des Bezirksausschusses zu Schleswig sich dahin geäußert, daß R. auf Verfügung des Amtsvorstehers zwecks Verhinderung der Weiterverbreitung der ansteckenden Krankheit in das Krankenhaus eingewiesen sei. Dagegen hat der Amts- und Gemeindevorsteher L., ebenfalls auf eine Anfrage des gedachten Vorsitzenden, am 15. Mai 1911 erklärt, daß er den R. auf den Antrag des Schlachtermeisters St. in seiner Eigenschaft als Gemeindevorsteher in das Krankenhaus habe aufnehmen lassen, weil dem Kranken in der Wohnung des St. die nötige Wartung und Pflege nicht habe zuteil werden können. Die Aufnahme des Kranken in die Krankenanstalt sei lediglich in dessen Interesse erfolgt; als eine polizeiliche Maßregel könne sie nicht angesehen werden. In Ergänzung dieser Erklärung hat L. am 30. Mai 1911 noch folgendes angegeben:

„Ich bekleide auch gleichzeitig das Amt des Amtsvorstehers und benutze Formulare mit dem Firmenvordruck ‚Amts- und Gemeindevorsteher'. Vielleicht ist auf einem solchen Bogen das Aufnahmeersuchen an das Krankenhaus niedergeschrieben und dabei irrtümlich unterblieben, den Vordruck ‚Amtsvorsteher' zu streichen. Es kann aber auch sein, daß der Bureaugehilfe, der das Ersuchen angefertigt hat, versehentlich als Titelbezeichnung statt Gemeinde-, Amtsvorsteher angegeben hat und von mir der Fehler nicht bemerkt ist im Geschäftsdrange. Ich gestatte mir aber nochmals hervorzuheben, daß ich mich bei der Aufnahme des R. ins Krankenhaus nicht als Verwalter der Polizei einzuschreiten genötigt gesehen habe, sondern lediglich als Gemeindevorstand und Armenverwalter aus dem in meinem Randbericht vom 15. Mai d. Js. dargelegten Grund."

Der klagende Gesamtarmenverband hat die 168 M. betragenden Kosten der Krankenhauspflege an die Krankenanstalt gezahlt. Mittels der vorliegenden Klage beantragte er, die beklagte Kasse zur Erstattung seiner Aufwendungen in Höhe des dem R. gegen die Kasse zustehenden Unterstützungsanspruchs von zusammen 37,35 M. zu verurteilen. Die Kasse bat um Abweisung der Klage, indem sie in erster Reihe geltend machte, daß die Einweisung des R. in das Krankenhaus lediglich zur Verhütung der ansteckenden Krankheit durch den Amtsvorsteher in seiner Eigenschaft als Polizeibehörde verfügt worden sei. An zweiter Stelle führte sie aus, daß nach § 617 BGB. der Lehrherr für die erforderliche Wartung und Pflege hätte aufkommen müssen.

Der Bezirksausschuß verwarf die Einreden der Beklagten und verurteilte diese durch Vorbescheid vom 27. September 1911 nach dem Antrage der Klage.

Die von der Beklagten gegen diese Entscheidung eingelegte Revision ist für begründet erachtet worden.

Der Anspruch des Klägers besteht nur dann zu Recht, wenn es sich bei der Uebernahme der streitigen Kosten durch den Gesamtarmenverband um einen Akt der öffentlichen Armenpflege handelte. Die Feststellung des Vorderrichters, daß dies der Fall gewesen, beruht jedoch auf mangelhaften aktenmäßigen Unterlagen.

Der Vorderrichter konnte zunächst nach Lage der Akten nicht ohne weiteres für erwiesen ansehen, daß L. als Vertreter des Armenverbandes die Unterbringung des R. in das Krankenhaus veranlaßt habe. Die Erklärung des L. selbst ist in dieser Beziehung schon nicht ganz klar; darauf aber, wie er sich die Sache nachträglich gedacht hat, kann es.

Digitized by Google

nicht ankommen. Die Beklagte hatte ferner bereits in ihrem Schriftsatze vom 31. Juli 1911 behauptet und unter Beweis gestellt, daß L. nicht bevollmächtigt gewesen sei, Erkrankte auf Kosten des Klägers einem Hamburger Krankenhause zu überweisen und deshalb nicht im Namen oder im Auftrage des Armenverbandes gehandelt haben könne. Auch hatte sie dort geltend gemacht, daß L. selbst anfänglich erklärt habe, er sei als Polizeibehörde eingeschritten; erst auf eine ihm von seiten des Landrats zuteil gewordene Belehrung habe er dies bestritten und andere Erklärungen abgegeben. Alle diese für die Beurteilung der Rechtslage wesentlichen Behauptungen hat der Vorderrichter unberücksichtigt gelassen. Auch hat er endlich das an das Krankenhaus gerichtete Ersuchungsschreiben selbst gar nicht eingesehen. Das wäre aber um so notwendiger gewesen, als die Kosten für die Verpflegung des R. durch den Verwaltungsdirektor des Krankenhauses von der Gemeinde Sch. eingefordert worden sind; diese teilt dann erst dem Gesamtarmenverbande mit, daß die Unterbringung in das Krankenhaus auf ihre Veranlassung erfolgt sei und bittet um Uebernahme der Kosten. Nachträglich konnte aber der Armenverband Unterstützungskosten nicht übernehmen (siehe Wohlers-Krech, Das Unterstützungswohnsitzgesetz, 11. Aufl. S. 87). Unter diesen Umständen durfte der Vorderrichter jedenfalls nicht feststellen, daß die Unterbringung durch den Armenverband erfolgt sei.

Hiernach unterliegt die Vorentscheidung der Aufhebung (§ 94 des Landesverwaltungsgesetzes).

Bei der eintretenden freien Beurteilung erweist sich die Sache als nicht spruchreif. Es wird zunächst der Prüfung bedürfen, ob objektive Gründe für die Annahme vorliegen, daß der Gemeindevorsteher L. als Vertreter des Gesamtarmenverbandes oder Geschäftsführer ohne Auftrag gehandelt hat. Hierbei wird auch die Einrede der Beklagten, die Einweisung des R. in das Krankenhaus sei lediglich zum Zwecke der Verhütung der Verbreitung der ansteckenden Krankheit erfolgt, erneut zu erörtern und auf die Vorschriften des Reichsgesetzes vom 30. Juni 1900, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, und des Preußischen Gesetzes vom 28. August 1905, betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, näher einzugehen sein (vgl. darüber insbesondere das Urteil vom 23. September 1907, Entscheidungen der Oberverwaltungsgerichts Bd. 51 S. 334). Ist die obige Frage zu verneinen, so muß die Klage abgewiesen werden. Ist sie zu bejahen, so wird noch zu prüfen sein, ob R. zur Zeit des Eintretens des Gesamtarmenverbandes hilfsbedürftig im armenrechtlichen Sinne war. Dies würde nicht der Fall sein, wenn R. selbst oder die zu seiner Unterhaltung verpflichteten in der Lage und bereit waren, die Krankenhauspflege zu übernehmen. Für die Würdigung des dem § 617 BGB. entnommenen Einwandes der Beklagten wird auch in Betracht kommen, daß nicht jeder Lehrvertrag ein Dienstvertrag im Sinne der §§ 611 ff. a. a. O. ist (vgl. z. B. von Staudinger. Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch II. Teil S. 991, 992 und 1002, sowie Schultzenstein im Archiv für Bürgerliches Recht Bd. 23 S. 238). Zur Vornahme der hiernach noch erforderlichen Ermittelungen war die Sache in die Vorinstanz zurückzuverweisen.

Die Bestimmung wegen der Kosten ist nach Ziff. 9 des Tarifs vom 27. Februar 1884 der endgültigen Entscheidung vorbehalten worden.

B. Zur Unfallversicherung.

Zureichender und unzureichender Wahrscheinlichkeitsbeweis des Unfalls und der Unfallfolgen.

Rekursentscheidungen des **Reichsversicherungsamts** a) vom 1. März 1913; b) vom 28. März 1913.

a)

Das Reichsversicherungsamt hat — abweichend von der Auffassung des Schiedsgerichts — die Ueberzeugung gewonnen, daß die Zellgewebsentzündung an der rechten Hand des Klägers mit ihren schweren Folgeerscheinungen auf einen Unfall beim Betriebe der vom Kläger geschilderten Art ursächlich zurückzuführen ist. Insbesondere sieht der Senat auf Grund des Ergebnisses der Beweisaufnahme für erwiesen an, daß sich der Kläger etwa acht bis zehn Tage vor seiner Krankmeldung, also ungefähr am 15. Oktober 1911, eine Verletzung seines rechten Daumens durch einen Eisensplitter zugezogen hat. Wenn auch keiner der vernommenen Zeugen die Verletzung als solche gesehen hat, so hat doch der Dreher G. beobachtet, wie sich der Kläger zu jener Zeit einmal einen Fremdkörper aus einem Finger entfernt hat. Die Annahme, daß es sich dabei tatsächlich um die Entfernung eines Eisensplitters aus dem rechten Daumen gehandelt hat, gewinnt um so mehr an Wahrscheinlichkeit, wenn berücksichtigt wird, daß die Arbeiter mit diesem Finger, um die Glätte der abgedrehten Flächen nachzuprüfen, an den Kanten der bearbeiteten Gegenstände entlang zu fahren pflegen, und daß dabei derartige Verletzungen häufig im Betriebe beobachtet worden sind. Hierzu kommt, daß sich der Kläger in der gleichen Zeit von dem Zeugen M. eine Nadel hat geben lassen, die von den Arbeitern häufig zur Entfernung von Eisensplittern benutzt wurde. Zugunsten des Klägers, der auf das Rekursgericht einen durchaus glaubwürdigen Eindruck gemacht hat, spricht ferner,

Digitized by Google

daß er wenige Tage nach dem von den Zeugen G. und M. beobachteten Vorgange zu dem letzteren über Schmerzen im Daumen geklagt hat. Wenn er bei der Einforderung des Krankenscheines von dem Werkstättenschreiber F. und sodann bei seiner Aufnahme in die Krankenanstalt nichts von einem Betriebsunfall als Ursache seiner Erkrankung hat verlauten lassen, so ist dies nach der Auffassung des Senats damit zu begründen, daß offenbar damals dem Kläger die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen den heftig aufgetretenen Krankheitserscheinungen und jener an sich unbedeutenden Verletzung noch nicht zum Bewußtsein gekommen war. Konnte bei einer solchen Häufung von Wahrscheinlichkeitsmomenten der Unfall als solcher für erwiesen angesehen werden, so lag im übrigen kein Anlaß vor, den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Zellgewebsentzündung mit ihren Folgen und dem Unfall in Zweifel zu ziehen. Der Senat ist dabei dem Gutachten des leitenden Arztes der Krankenanstalt gefolgt, der, gestützt auf allgemeine Erfahrung und unter Berücksichtigung des Krankheitsverlaufes, überzeugend ausführt, daß für den Fall des Beweises des Unfalls der ursächliche Zusammenhang als wahrscheinlich zu bejahen sei. Hiernach ist der Entschädigungsanspruch des Klägers begründet.

b)

Die Kläger behaupten, daß sich der Steinformer P. S. am 20. Oktober 1911 durch Stolpern über eine gefüllte Sandkiste im Betriebe eine entzündliche Schwellung des linken Knies zugezogen habe und durch diese Erkrankung sein Tod am 28. Oktober 1911 verursacht worden sei. Nach den Aussagen der Mitarbeiter hat ihnen S. am Tage des angeblichen Ereignisses nur gesprächsweise erzählt, er habe sich beinahe an den alten Kisten die Knochen gebrochen, hierbei aber von einem Fall oder der Verletzung eines bestimmten Glieds nicht gesprochen. Nach der Bekundung des Formers W. hat S. ihm gegenüber schon 8 bis 14 Tage vor seiner Arbeitseinstellung über allgemeine Mattigkeit in den Gliedern geklagt. Bei seiner Aufnahme im Krankenhause hat er auf die Frage nach der Entstehung seines Leidens erklärt, es sei von selbst gekommen, und eine Verletzung verneint. Zeichen einer äußeren Verletzung waren bei der genauen Untersuchung nicht festzustellen. Erst nach seinem Tode hat die Ehefrau des Verstorbenen dem Oberarzte Dr. P. am Krankenhause die Angaben über den behaupteten Unfall gemacht, und hierbei wahrheitswidrig behauptet, sie selbst bereits bei der Einlieferung des S. mitgeteilt zu haben. Bei den unsicheren und sich widersprechenden Angaben hat das Reichsversicherungsamt in Uebereinstimmung mit den Vorinstanzen einen Betriebsunfall nicht als nachgewiesen erachtet.

Die Leichenöffnung hat als Todesursache eine allgemeine Eitervergiftung, Sepsis, ergeben. Zugleich ist ein bestimmter Eiterherd in den Weichteilen des linken Oberschenkels festgestellt worden. Irgendeine äußere Verletzung am linken Bein ist nicht vorhanden gewesen. Nach dem Gutachten des Dr. P. bestehen keine Anhaltspunkte dafür, daß die Eiteransammlung im linken Oberschenkel der Ausgangspunkt der allgemeinen Blutvergiftung noch dazu ohne jede erkennbare äußere Wunde gewesen ist. Die Erkrankung des Kniegelenks ist nur durch den fortgeleiteten entzündlichen Reiz bedingt worden. Die hohe Wahrscheinlichkeit besteht, daß die Sepsis durch entzündliche Vorgänge im Innern des Körpers hervorgerufen worden ist. Nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen ist der Nachweis des ursächlichen Zusammenhangs des Todes des S. mit seiner durch den behaupteten Betriebsvorgang verursachten Erkrankung nicht erbracht und nach Lage des Falles auch nicht zu erbringen.

Der Rekurs mußte somit zurückgewiesen werden, ohne daß es noch der Einforderung eines weiteren Gutachtens bedurfte.

Ein Vergleich, durch den die Berufsgenossenschaft eine Rente auf Lebenszeit zubilligt, ist nichtig. — Grenze weiterer Gewöhnung an die Unfallfolgen.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 8. März 1913.

Dem Schiedsgericht hat zwar nicht beigetreten werden können, wenn es in dem einseitigen Rücktritt der Berufsgenossenschaft von dem Vergleiche vom 24. November 1909, durch welchen dem Verletzten eine Dauerrente[1]) von 10% zugebilligt wird, einen Verstoß gegen Treu und Glauben erblicken und diesen deshalb als unzulässig ansehen will. Vergleiche wie der vorliegende, in welchen die Berufsgenossenschaft sich zur Zahlung einer Dauerrente an den Verletzten verpflichtet, widersprechen vielmehr der öffentlich-rechtlichen Bestimmung des § 88 GUVG. und sind nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts, an der auch der erkennende Senat festhält, nichtig (zu vgl. Handb. der Unfallversf. 3. Aufl. Bd. 1 S. 522 Anm. 1 Abs. 2).

Allein dem Rekurse war gleichwohl der Erfolg zu versagen, weil der Beweis einer Besserung des verletzten Fingers als geführt nicht angesehen werden kann. Eine solche könnte nach Lage des Falles, da der objektive Befund sich nicht verändert hat, nur in einem weiteren Fortschreiten der Gewöhnung an die Unfallfolgen seit dem 24. November 1909 er-

[1]) Anm. der Redaktion: Gemeint ist eine lebenslängliche, unentziehbare Rente, nicht eine Dauerrente im Gegensatze zu einer nur vorläufigen (vgl. § 1585 Abs. 2 RVO.).

Digitized by Google

blickt werden. In dem seit dem Eintritt des Unfalles bis zum 24. November 1909 verflossenen neunzehnjährigen Zeitraum war jedoch die volle Gewöhnung des Verletzten an den Handschaden bereits eingetreten, so daß von einer weiteren Gewöhnung seitdem nicht mehr die Rede sein kann.

Aus diesem Grunde mußte es bei der bisherigen Rente von 10% bewenden.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts [1]).

Die Vorschrift, daß eine verspätete Anmeldung des Anspruchs zu berücksichtigen ist, wenn der Berechtigte an der Anmeldung durch außerhalb seines Willens liegende Umstände verhindert worden ist (§ 72 Abs. 2 GUVG., § 1547 Abs. 1 Ziff. 2 RVO.), ist auch auf den Fall anwendbar, daß in der Rechtsauffassung über die Versicherungspflicht eine Änderung eintritt (2606).

Hautentzündung durch andauernde Berührung mit einem zu bearbeitenden Stoffe ist nicht Unfall, sondern Gewerbekrankheit (2607).

Anfechtung eines schiedsgerichtlichen Vergleichs wegen unrichtiger Niederschrift der Parteierklärungen ist, entsprechend dem § 415 Abs. 2 ZPO, zulässig (2608).

[1]) Heft 5 (vom 15. Mai 1913) der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts. — Nr. 2606 bis 2611 sind Rekursentscheidungen.

Ein Soldat, der im Interesse eines versicherten Betriebs tätig wird, gilt nicht als Arbeiter dieses Betriebs, wenn er die Hilfe auf Befehl seines militärischen Vorgesetzten leistet (2609).

Der Unfall eines Landwirts beim Schneiden von Holz für seine Landwirtschaft erleidet, ist diesem Betriebe auch dann zuzurechnen, wenn die Arbeit in einem gewerblich betriebenen Sägewerk vorgenommen ist (2610).

Frondepflichtige, die auf Grund öffentlich-rechtlicher Pflicht für eine Gemeinde Hochbauarbeiten verrichten, sind wie bei Wegebauarbeiten ohne Rücksicht auf ihre sonstige Stellung als „versicherte Arbeiter" der Gemeinde anzusehen. — Der Rentberechnung ist das dreihundertfache des ortsüblichen Tagelohns erwachsener Tagearbeiter zugrunde zu legen, auch wenn der Versicherte aus sonstiger Beschäftigung ein höheres Einkommen bezogen hat (2611).

Beamte der Hofverwaltungen sind nur dann von der Unfallversicherung frei, wenn sie nach dem Rechte des Bundesstaats als dessen Beamte im Sinne des § 554 Ziff. 4 oder 5 RVO. angesehen werden können (2612).

Gäste von Wanderarbeitsstätten fallen nur dann nicht unter die Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung, wenn sie durch einen Zwang zur Arbeit als nicht mehr freie Arbeiter gekennzeichnet sind (2613).

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

In Streitsachen, die entweder nach dem 1. Januar 1912 oder zwar schon vorher anhängig geworden, aber nach Art. 86, 87 Einf.Ges. z. RVO. zu erledigen sind, ist das Verwaltungsstreitverfahren (§ 50 IVG.) ausgeschlossen und nur das Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung zulässig.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, vom 1. April 1913.

Der klagende Ortsarmenverband hatte den Invaliden H. am 18. Oktober 1911 in das städtische Armenhaus aufgenommen, darin bis zum 31. Januar 1912 verpflegt und dann auf Veranlassung des Landarmenverbandes dem städtischen Versorgungshause überwiesen. Zum Ersatz der dadurch entstandenen Kosten hatte er die dem Beklagten seitens des allgemeinen Knappschaftsvereins vom 13. November 1911 ab bewilligte Reichsinvalidenrente von 192,60 M. jährlich in Höhe von 41,73 M. in Anspruch genommen und, da der Beklagte die anfänglich dazu erteilte Zustimmung wieder zurückzog, die am 30. April beim Bezirksausschuß eingegangene Klage erhoben. Der Bezirksausschuß hat durch den angefochtenen Bescheid vom 25. Juni 1912 den Beklagten zur Zahlung von 41,73 M. an den Kläger verurteilt.

Auf die Revision des Beklagten hob das Oberverwaltungsgericht die Vorentscheidung auf und wies die Klage wegen Unzulässigkeit des Verwaltungsstreitverfahrens ab. **Gründe:**

Die Klage ist auf § 49 IVG. gegründet; die Zuständigkeit des angerufenen Gerichts kann nur auf § 50 Abs. 3 IVG. gestützt werden. Beide Vorschriften standen aber am 30. April 1912, dem Tag der Klageerhebung, nicht mehr in Kraft.

Nach Art. 2 des Einf.Ges. z. RVO. sind „die Vorschriften ihres Vierten Buches und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung" mit dem 1. Januar 1912 in Kraft getreten. Das Vierte Buch der Reichsversicherungsordnung enthält die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Nach Art. 5 des Einf.Ges. z. RVO. ist mit demselben Tage, „soweit dieses Gesetz nichts anderes vorschreibt, die Reichsversicherungsordnung an die Stelle der entsprechenden Vorschriften des Invalidenversicherungsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Juli 1899 (RGBl. S. 463)" getreten. Den §§ 49 und 50 IVG. entsprechen die §§ 1527, 1531, 1536—1540 des Fünften Buches der RVO. § 1531 begründet in Verbindung mit § 1536 Ersatzansprüche der hier geltend gemachten Art.

Digitized by Google

Nach § 1540 wird Streit über Ersatzansprüche aus §§ 1531—1537 im Spruchverfahren entschieden. Für solche Ansprüche ist also seit dem 1. Januar 1912 (vorbehaltlich des Art. 85 des Einf.Ges. z. RVO., auf den später einzugehen sein wird) das Verwaltungsstreitverfahren nicht mehr gegeben und nur das Spruchverfahren offen, sofern die angeführten Vorschriften des Fünften Buches der Reichsversicherungsordnung zu denjenigen „anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung" gehören, die nach Art. 2 des Einf.-Ges. z. RVO. „zur Durchführung des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung erforderlich" sind. Diese Voraussetzung ist gegeben.

Der Reichskanzler (Reichsamt des Innern) hat in einem an sämtliche Bundesregierungen gerichteten Rundschreiben vom 19. November 1912 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts S. 1093) „in Übereinstimmung mit dem Reichsversicherungsamt angenommen, daß mit dem Inkrafttreten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung am 1. Januar 1912 auch diejenigen Vorschriften des Fünften Buches, welche das Verhältnis der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu den anderen Versicherungsträgern und zu den anderen Verpflichteten regeln, ohne weiteres in Kraft getreten sind.

. . . . (Es folgt weiter die wörtliche Anführung des ersten Absatzes des Erlasses vom 19. November 1912, abgedruckt in Arb.-Versorgg. 1913 S. 14.)

Der in diesem Rundschreiben angezogene Bescheid des Reichsversicherungsamts Ziff. 1620 bezieht sich auf die den §§ 15 Abs. 2 Satz 2 und 113 IVG. entsprechenden Vorschriften der §§ 1522 ff. RVO. und die Ansprüche auf Invalidenrente von Personen, die durch Betriebsunfall invalide geworden sind und den Anspruch auf Unfallrente erworben haben, und die in solchen Fällen begründeten Ersatzansprüche der Versicherungsanstalten.

In Gegensatz hierzu haben sich der Braunschweigische Verwaltungsgerichtshof in einem Urteil vom 21. Februar 1912 und das Herzogliche Oberversicherungsamt zu Braunschweig in einem rechtskräftig gewordenen Urteil vom 17. Mai 1912 gestellt; beide Urteile sind abgedruckt in der „Arbeiterversorgung" 1912 S. 725. Der Verwaltungsgerichtshof hat seine Zuständigkeit zur Entscheidung einer auf § 18 Abs. 3 und § 23 Abs. 2 Satz 2 IVG. gegründeten Streitsache angenommen. Die diesen Vorschriften entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung sind in deren Fünftem Buche enthalten.

. . . . (Es folgt wörtliche Wiedergabe der beiden Entscheidungen, wie sie in Arb.-Versorgg. S. 725 abgedruckt sind.)

Die in diesen beiden Entscheidungen angenommene Auffassung wird auch in dem in dem Rundschreiben des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) angezogenen Aufsatz der Zeitschrift „Die Berufsgenossenschaft" 1912 S. 196 ff., und in der Beschränkung auf die hier in Betracht kommenden §§ 1531, 1536, 1537 RVO. von Weber in der „Arbeiterversorgung" 1912 S. 387 ff. vertreten.

Das Oberverwaltungsgericht hat sich der Auffassung des Reichskanzlers und des Reichsversicherungsamts angeschlossen.

Allerdings ist zuzugeben, daß die Worte „zur Durchführung des Vierten Buches erforderlich" verschiedener Deutung fähig sind. Ihre Entstehungsgeschichte gibt über ihren Sinn keine Klarheit. Im Regierungsentwurf waren sie noch nicht vorhanden. Nach S. 2 des Kommissionsberichts über die Beratung des Einf.Ges. z. RVO., Aktenstück 1052, sind diese Worte in Art. 2 des Einf.-Ges. von der Kommission in zweiter Lesung mit dem kurzen Hinweis als Begründung eingefügt worden: „daß gleichzeitig mit dem Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung auch die zu seiner Durchführung erforderlichen Maßnahmen in Kraft treten müßten, und daß es zweckmäßig sei, dies ausdrücklich zu bestimmen". Diese Art der Begründung, namentlich die Verwendung des Ausdrucks „Maßnahmen" statt, wie es in Art. 2 selbst heißt, „Vorschriften" erweckt den Anschein, daß man sich über die Tragweite des Zusatzes keine ganz klaren Vorstellungen gemacht habe. „Maßnahmen" und „Vorschriften" sind verschiedene Begriffe. Aber gerade daraus und aus dem Verhältnis der Art. 1 und 2 des Einführungsgesetzes zueinander ergibt sich unmittelbar, daß der Kommissionsbericht sich lediglich im Ausdruck vergreift, wenn er von „Maßnahmen" spricht, die als zur Durchführung des Vierten Buches erforderlich gleichzeitig mit ihm in Kraft gesetzt werden müßten.

Die Reichsversicherungsordnung ist, soweit es sich um die „Maßnahmen zur Durchführung" handelt, nach Art. 1 des Einf.Ges. z. RVO. „sofort", d. h. mit der Verkündung des Einführungsgesetzes in Kraft getreten. Das gilt für die ganze Reichsversicherungsordnung und alle drei Versicherungszweige gleichmäßig, auch für die im Vierten Buche geordnete Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Ist aber in Art. 1 des Einf.-Ges. die Reichsversicherungsordnung, auch soweit es sich um die Maßnahmen zur Durchführung ihres Vierten Buches handelt, bereits mit der Verkündung des Einführungsgesetzes in Kraft gesetzt worden, so konnte unmöglich in Art. 2 des Einf.Ges. für das Inkrafttreten eben derselben Maßnahmen, oder der solche Maßnahmen betreffenden Vorschriften, ein anderer späterer Zeitpunkt bestimmt worden sein. Danach handelt es sich in Art. 2 unzweifelhaft nicht um Vorschriften, die, wie die in Art. 1

Digitized by Google

bezeichneten, der wesentlich vorbereitenden, organisierenden, in den neuen Rechtszustand überleitenden Tätigkeit der mit Ein- und Durchführung der Reichsversicherungsordnung betrauten Behörden die rechtliche Grundlage geben (diese Tätigkeit mußte beim Inkrafttreten des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung für dessen Gebiet in der Hauptsache bereits abgeschlossen sein und fand, soweit das nicht der Fall war, auch weiterhin ihre Rechtsgrundlage in Art. 1), sondern um diejenigen allen Versicherungszweigen gemeinsamen Vorschriften, die die notwendige Ergänzung auch für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bilden und deren Geltung für den Bereich dieses Versicherungszweiges die Voraussetzung zu dessen Durchführung in der durch die Reichsversicherungsordnung ihm gegebenen Gestalt ist[1]).

Allerdings gibt Art. 2, auch so aufgefaßt, keine erschöpfende Antwort auf die Frage, in welchem Umfange die allgemeinen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung für den Bereich des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung gleichzeitig mit diesem haben in Kraft gesetzt werden sollen. Denn es würde an sich begrifflich und praktisch nicht unmöglich sein, in der Uebergangszeit die zur Ergänzung des Vierten Buches erforderlichen Allgemeinen Vorschriften mindestens teilweise dem Invalidenversicherungsgesetze zu entnehmen und um deswillen die entsprechenden allgemeinen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung als nicht „erforderlich" zur Durchführung ihres Vierten Buches aufzufassen. Und daß bei Abfassung des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung in dieser Beziehung keine Vorstellungen geherrscht haben, die diese Möglichkeit bestimmt ausschlössen, ergibt die Fassung des Art. 94 des Einführungsgesetzes. Dieser nur von der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sprechende Artikel bezeichnet den Zeitpunkt, an dem das Sechste Buch der Reichsversicherungsordnung für den Bereich der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in Kraft treten werde, als „den im Art. 85 bezeichneten Tag", also den Tag, „an dem die Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung in Kraft treten". Hätte man als klaren Inhalt des Art. 2 angesehen, daß das Sechste Buch für den Bereich der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung am 1. Januar 1912 in Kraft trete, so hätte man unzweifelhaft in Art. 94 gesagt: „an dem in Art. 2 bezeichneten Tage".

Trotz dessen muß, vorbehaltlich der in den Art. 85 bis 87 angeordneten Ausnahmen für solche Verfahren, die bei Inkrafttreten des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung schon anhängig waren, angenommen werden, daß für den Geltungsbereich des Vierten Buches gleichzeitig mit diesem das Erste und Sechste Buch der Reichsversicherungsordnung in vollem Umfange, und das Fünfte Buch insoweit, wie es das Verhältnis der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu den anderen Versicherungsträgern und zu den anderen Verpflichteten regelt, in Kraft getreten sind. Für die von der Reichsversicherungsordnung erst neu geschaffene Hinterbliebenenversicherung kann von der Anwendung der allgemeinen Vorschriften des Invalidenversicherungsgesetzes keine Rede sein; es würde insoweit an allgemeinen Vorschriften überhaupt fehlen, wenn man dafür nicht die volle Geltung der allgemeinen Bücher der Reichsversicherungsordnung in dem oben bezeichneten Umfang annehmen wollte. Es würde aber bei der völligen Zusammenfassung von Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung im Vierten Buche zu einer einheitlichen Versicherung offenbar äußerst mißlich, wenn überhaupt durchführbar sein, wollte man bis zum 1. Januar 1914, dem Tage, von dem ab die Reichsversicherungsordnung als Ganzes Geltung hat, für die Invalidenversicherung die allgemeinen Vorschriften des alten Rechts, für die Hinterbliebenenversicherung diejenigen des neuen Rechts anwenden, zumal da nach den Art. 68 bis 71 des Einführungsgesetzes sogleich vom 1. Januar 1912 ab die Möglichkeit bestand, daß weibliche Versicherte nach ihrer eigenen Wahl den Anspruch auf Invaliden- oder auf Witwenrente geltend zu machen und diese Wahl im Laufe des Verfahrens zu ändern berechtigt waren.

Diesen Standpunkt hat offenbar auch das Reichsversicherungsamt, und zwar, wie das eingangs erwähnte Rundschreiben des Reichskanzlers ergibt, im Einvernehmen mit dem Reichsamt des Innern, von vornherein eingenommen. Die Senate der Abteilung für Invalidenversicherung sind am 1. Januar 1912 ab gemäß § 98 des Ersten Buches der Reichsversicherungsordnung — abweichend von § 110 des Invalidenversicherungsgesetzes — zusammengesetzt, die Vorsitzenden von da ab zu Senatspräsidenten ernannt worden. In dem Bescheid 1620, Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 875 (d. i. der vom Reichskanzler angezogene) hat das Reichsversicherungsamt Vorschriften des Fünften Buches — allerdings nicht das Fünfte Buch — für anwendbar erklärt, im Bescheid 1617, daselbst S. 874, Vorschriften des Sechsten Buches — Bezeichnung des zuständigen Versicherungsamts durch das Reichsversicherungsamt — angewendet. Unter dem 18. Januar 1913 ist eine Revisions-

[1]) Hier konnte sich das Oberverwaltungsgericht auf Rosin in Arb.-Versorgg. 28 S. 601 berufen, der dieses Verhältnis des Art. 2 zur allgemeinen Vorschrift des Art. 1 Einf.Ges. schon scharf hervorgehoben hat. (Anm. der Red.)

Digitized by Google

entscheidung ergangen, die den Inhalt des Bescheids 1620 — einer bloßen Meinungsäußerung — zum Grundsatz erhebt. Das Reichsversicherungsamt hat zwar bisher vermieden, grundsätzlich die Auffassung von dem gleichzeitigen Inkrafttreten der ganzen drei allgemeinen Bücher am 1. Januar 1912 — des Fünften mit der mehrfach bezeichneten Einschränkung — auszusprechen; indessen sind seine gedachten Entscheidungen nur von jener grundsätzlichen Auffassung aus verständlich. Dieser Standpunkt, der auch vom Bayerischen Verwaltungsgerichtshof in seinem Urteil vom 16. Dezember 1912, Arbeiterversorgung 1913 S. 135, eingenommen und auch in dem Aufsatz des Oberlandesgerichtsrats Grünebaum in Nr. 8 der Deutschen Juristenzeitung vom 15. April 1913 vertreten wird und offenbar den wesentlichen Vorzug hat, klare und einheitliche Verhältnisse zu schaffen, und der bezüglich des Ersten und Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung nahezu unvermeidlich ist, muß auch bezüglich der für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in Betracht kommenden Teile des Fünften Buches als der vom Gesetzgeber gewollte gelten. Allerdings lassen gerade bezüglich dieser letztgenannten Vorschriften die Worte „zu ihrer Durchführung erforderlich" auch die engere Deutung auf diejenigen Vorschriften zu, ohne die die Durchführung des Vierten Buches überhaupt nicht möglich sein würde; aber jene Worte gestatten doch auch die Deutung, daß als zur Durchführung erforderlich alle diejenigen Normen zu gelten haben, die erforderlich sind, um erhebliche, vielleicht kaum lösbare Schwierigkeiten der Rechtsprechung zu vermeiden und eine nach einheitlichen Gesichtspunkten durchgeführte Ueberleitung in den neuen Rechtszustand sicherzustellen. In diesem Sinne sind aber auch die einschlägigen Vorschriften des Fünften Buches schon um der notwendigen gleichmäßigen Behandlung und Beurteilung der Fälle aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung willen zur Durchführung des Vierten Buches „erforderlich".

Danach ist grundsätzlich gemäß Art. 85 Einf.Ges. z. RVO. für alle nach dem 1. Januar 1912 anhängig gewordenen sowie für die in den Art. 86 und 87 daselbst bezeichneten, schon früher anhängig gewordenen Streitsachen das Verwaltungsstreitverfahren ausgeschlossen und nur das Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung offen, gleichviel ob das streitige Rechtsverhältnis schon vor dem 1. Januar 1912 einen abgeschlossenen Inhalt erhalten hat oder zum Teil auch durch später eingetretene Tatumstände beeinflußt wird, und gleichviel ob für die materielle Beurteilung des streitigen Rechtsverhältnisses das alte oder das neue Recht anzuwenden ist. Anhängig wird eine Streitsache im Verwaltungsstreitverfahren nach § 63 des Landesverwaltungsgesetzes durch Einreichung der Klage bei dem zuständigen Gericht. Da die vorliegende Klage nach dem 1. Januar 1912 eingereicht worden ist, war die Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte nach § 50 Abs. 3 JVG. nicht mehr gegeben. Der Bezirksausschuß hat daher, indem er seine Zuständigkeit annahm, das geltende Recht verletzt; sein Urteil mußte daher aufgehoben, und aus den gleichen Erwägungen die Klage abgewiesen werden.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts [1]).

Am 1. Januar 1912 sind auch die Vorschriften des fünften Buches der Reichsversicherungsordnung in Kraft getreten, die das Verhältnis der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu den anderen Versicherungsträgern regeln (1693. — Vgl. unten 1700).

Zu den im § 46 Abs. 2 Ziff. 2 JVG. (§ 1281 Ziff. 2 RVO.) bezeichneten Kassen gehören alle im § 52 JVG. (§ 1321 RVO.) genannten Kasseneinrichtungen, auch wenn sie von ihrer Befugnis, die reichsgesetzlichen Invaliden- und Altersrenten auf ihre Leistungen anzurechnen, keinen Gebrauch gemacht haben (1694).

Der Bezug einer Knappschaftspension gilt als eine Ersatztatsache im Sinne des § 46 Abs. 2 Ziff. 2 JVG. (§ 1281 Ziff. 2 RVO.) auch dann, wenn die Pension bereits vor dem 1. Januar 1891 bewilligt und demnach ihre Ermäßigung um die Reichsrente (§ 52 Abs. 1 JVG., § 1321 Abs. 2 RVO.) unzulässig ist (1695).

Art. 94 Einf.Ges. z. RVO. (Abgabe anhängiger Sachen an das Versicherungsamt und weiteres Verfahren nach der Reichsversicherungsordnung) gilt nicht, wenn in einem am 1. Januar 1912 schwebenden Rentenverfahren die ordnungsmäßige Anhörung der unteren Verwaltungsbehörde zwar bis dahin noch nicht erfolgt, das Rentenverfahren aber bereits in erster Instanz zum Abschluß gebracht war (1696).

Die Revision ist unzulässig, wenn es sich um die Berechnung der einzelnen Hinterbliebenenrente oder des Höchstbetrags der Summe der Hinterbliebenenrenten (§§ 1285, 1292, 1294 RVO.) handelt, insbesondere wenn streitig ist, ob nur die Stammrente des Verstorbenen oder auch der Kinderzuschuß zugrunde zu legen ist (1697).

Das Durchgreifen eines Revisionsgrundes hat die Aufhebung des Berufungsurteils im ganzen

---

[1]) Heft 5 (vom 15. Mai 1913) der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts. — Die Entscheidungen sind sämtlich, mit Ausnahme von Nr. 1701, als „grundsätzliche" bezeichnet; vgl. §§ 1716, 1801 RVO. — Nr. 1693 bis 1699 sind Revisionsentscheidungen.

Digitized by Google

Umfang zur Folge und beseitigt damit die bindende Kraft der tatsächlichen Feststellungen des Berufungsgerichts (1698).

Hebt das Revisionsgericht eine gemäß § 1679 in Verbindung mit §§ 1657, 1658 RVO. erlassene Vorentscheidung des Vorsitzenden des Berufungsgerichts auf, ohne in der Sache selbst zu entscheiden, so kann es diese an die Spruchkammer des Oberversicherungsamts zurückverweisen (1699).

Die §§ 1518 ff. RVO. gehören zu den Vorschriften, die nach Art. 2 Abs. 1 Einf.Ges. z. RVO. am 1. Januar 1912 in Kraft getreten sind. Von diesem Zeitpunkt ab regelt sich die Zuständigkeit der Versicherungsämter zur Entscheidung von Streitfällen über Ersatzansprüche aus § 1518 Abs. 2 RVO. bereits nach § 1637 RVO. (1700. — Vgl. oben 1693).

Die Hilfsunterbeamten im Kgl. Preußischen Justizdienst (insbesondere auch Hilfsgefangenenaufseher) sind nicht versicherungspflichtig, weil ihre Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenfürsorge nach den bestehenden Verwaltungsgrundsätzen als genügend gewährleistet im Sinne des § 1234 RVO. angesehen werden kann (1701).

Daß die Einnahme der in einer Schankwirtschaft zum Tanz aufspielenden Musikkapelle zwischen ihren Mitgliedern und dem Wirte geteilt werden, schließt die Eigenschaft des Wirtes als Arbeitgeber der Kapelle nicht aus (1702).

D. Zur Angestelltenversicherung.

Private Pensionseinrichtungen. Zuschußkassen. Erlaß der **preuß. Minister für Handel und Gewerbe und des Innern** vom 3. Mai 1913 (HMBl. S. 404).

Ueber die Genehmigung der nach § 369 AVG. erforderlichen Satzungsänderungen haben bei den als Versicherungseinrichtungen bereits zugelassenen oder noch zuzulassenden Unternehmungen das Aufsichtsamt für Privatversicherung bzw. die Regierungspräsidenten und der Polizeipräsident zu Berlin als die nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz und preußischem Landesrecht zuständigen Aufsichtsbehörden zu entscheiden. Eine besondere Prüfung der Sicherheit der Kassen ist bei der Uebernahme der Funktion einer Zuschußkasse nach §§ 365 ff. AVG. nicht vorgesehen; da die Kassen in dieser Eigenschaft im wesentlichen nur als Zahlstellen der Reichsversicherungsanstalt zu wirken haben, erscheint eine solche Prüfung an sich auch nicht erforderlich. Wieweit die nach § 369 a. a. O. zu bewirkenden Satzungsänderungen im Interesse der Kassenangehörigen eine solche Nachprüfung notwendig machen, wird sich nur im Einzelfalle beurteilen lassen.

Eine besondere Zulassung der Kassen als Zuschußkassen ist nach dem Gesetz nicht erforderlich. Es wird daher genügen, wenn die Kassen der Reichsversicherungsanstalt anzeigen, daß sie die Funktionen einer Zuschußkasse übernehmen wollen. Die Reichsversicherungsanstalt prüft dann, ob die nach § 369 erforderlichen Satzungsänderungen von der zuständigen Behörde genehmigt sind und ob die Kasse zu den in § 365 aufgeführten Kassen gehört oder eine Einrichtung nach § 370 a. a. O. darstellt. Treffen diese Voraussetzungen nicht zu, so wird die Reichsversicherungsanstalt die Kassen auf die bestehenden Mängel mit dem Bemerken hinweisen, daß sie ihr den Charakter einer Zuschußkasse nicht zuerkennen und das Vorhandensein von Verpflichtungen ihr gegenüber nicht anerkennen könne. Sind die gedachten Voraussetzungen gegeben, so gibt die Reichsversicherungsanstalt der Kasse auf, ihr jede nachträgliche Satzungsänderung mitzuteilen, widrigenfalls sie die Erfüllung aller ihr aus der Eigenschaft der Kasse als Zuschußkasse etwa erwachsenden Verpflichtungen ablehnen werde. Sollten sich im Einzelfalle Zweifel darüber ergeben, ob die Kassen zu den in §§ 365 und 370 bezeichneten Einrichtungen gehören, so haben sich die Aufsichtsbehörden unter Angabe der zu Zweifeln Anlaß gebenden Punkte mit dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ins Benehmen zu setzen. Vorschriften, wie sie gemäß § 365 Abs. 2 AVG. nach der Bekanntmachung vom 11. Dezember 1912 (RGBl. S. 563) vom Bundesrat für das Verfahren vor dem Aufsichtsamt für Privatversicherung ergangen sind, sind für die preußischen Landesbehörden nicht erforderlich. Die vom Bundesrat gemäß § 368 Abs. 1 und 2 zu erlassenden Bestimmungen sind noch nicht ergangen, aber voraussichtlich in nächster Zeit zu erwarten.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Absägung eines Kassenbeamten auf dem Umwege der Aufhebung seiner Dienststelle.

Auf einem höchst bemerkenswerten Umwege scheint man bei einer Ortskrankenkasse im Reichsland Elsaß-Lothringen die Entlassung eines Kassenbeamten aus einem angeblich „wichtigen Grunde" im Sinne des § 626 BGB. erwirkt zu haben. Wir entnehmen folgende Darstellung des eigenartigen Falles der „Straßburger Neuen Zeitung" vom 9. Juni 1913, der wir die Verantwortung für die sachliche Richtigkeit überlassen müssen:

Der Vorstand der Kasse hob aus Anlaß eines Vorkommnisses — dem Einkassierer waren bei einem Inkasso Gelder in höherem Betrag abhanden gekommen — die Einkassierstelle auf, beschloß aber, den betreffenden Einkassierer, der schon dadurch genug gestraft war, daß er der Kasse die Gelder ersetzen mußte, im Innendienste weiter zu beschäftigen, zumal derselbe bisher schon zum erheblichen Teile Bureaudienst mit versehen mußte und sonst sowieso ein Bureaubeamter hätte angestellt werden müssen; denn durch die Einzahlung all der Beiträge bei der Kasse selbst entstand jetzt für den Innendienst andrerseits eine Belastung, die demselben bisher durch das Inkasso abgenommen war. Dieser, wie man meinen sollte, selbstverständlichen Regelung trat nun aber die Aufsichtsbehörde, das Versicherungsamt, vertreten durch den städtischen Beigeordneten, entgegen und dekretierte: „Diese Versetzung vom Außendienst in den Innendienst sei eine neue Anstellung, die nach den bereits in Kraft befindlichen Bestimmungen der neuen Reichsversicherungsordnung in getrennter Abstimmung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer-Vorstandsmitgliedern hätte vorgenommen werden müssen. Da dies nicht geschehen, findet die Beschäftigung im Innendienst unrechtmäßig statt. Die Kasse dürfe nach dem Gesetze niemand besolden, den sie eigentlich nicht auf Grund eines rechtlich gültigen Beschlusses beschäftigen dürfe. Solche Sachlage bilde natürlich einen wichtigen Grund zur Lösung des Dienstverhältnisses im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuches und dem betreffenden Beamten müßte daher gekündigt werden." Eine vortreffliche Logik, bei der einfach die Aufhebung irgendeines bestimmten Postens genügt, um einen wichtigen Grund zur einseitigen Lösung eines nur aus einem wichtigen Grunde kündbaren Vertragsverhältnisses zu haben! Man denke sich diese Logik auf einen anderen Fall übertragen. Der Gemeinderat würde beschließen, den Berufs-Beigeordneten-Posten aufzuheben, über eine anderweitige Beschäftigung des betreffenden Herrn Beigeordneten würde man sich nicht einig, oder aber die Aufsichtsbehörde der Stadt würde sagen, eine sonstige Weiterbeschäftigung sei aus irgendwelchen rechtlichen Gründen nicht angängig, ergo wäre das ein wichtiger Grund zur Lösung des Vertragsverhältnisses seitens der Stadt. Was würde wohl der Herr Beigeordnete hierzu sagen?

Nun aber zum Fall zurück. Der Kassenvorstand in seiner Mehrheit sträubte sich gegen die von der Aufsichtsbehörde unter den angeführten Gründen geforderte Kündigung, wurde aber durch Strafandrohung gegen die einzelnen sich sträubenden Vorstandsmitglieder von dem Beigeordneten in einer besonders hierzu anberaumten Sitzung schließlich doch dazu bewogen, gegen die eigene Ueberzeugung die Kündigung auszusprechen. Gegen diese Kündigung hat der Beamte dann selbstverständlich Einspruch erhoben, und zwar mußte dieser Einspruch, da die Kündigung, so wie sich die Sache durch das Vorgehen der Aufsichtsbehörde entwickelt hatte, nicht etwa gegen die Instanz, welche die Kündigung veranlaßt hatte, sondern gegen den Kassenvorstand, der sich dazu verleiten ließ, geltend gemacht werden, und so trat nun das außerordentlich Sonderbare ein, daß das Versicherungsamt, welches als Aufsichtsbehörde die Kündigung erzwungen hatte, als erste Instanz über den Einspruch hiergegen entschied. Zwar mußte diese Entscheidung durch den Beschlußausschuß des Versicherungsamtes, d. h. unter Beiziehung eines Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeisitzers ergehen. Vorsitzender des Beschlußausschusses war aber jener Beigeordnete, der nun doch, wollte er sich nicht selbst desavouieren, keinen anderen Standpunkt einnehmen konnte, als vorher als Aufsichtsbehörde, und so wurde denn auch der Einspruch gegen die Kündigung, wie unter solchen Umständen nicht anders zu erwarten war, glatt abgewiesen und zwar in längerer und ausgedehnter Begründung, ganz analog der vorangeführten, wie sie dem Kassenvorstand gegenüber vorher zur Veranlassung der Kündigung geltend gemacht worden war. —

So die „Straßburger Neue Zeitung". Sie fügt noch hinzu, daß nunmehr das Oberversicherungsamt, die einzige Instanz, die dem Beamten noch zur Verfügung stehe, sich mit der Sache beschäftigen werde und bemerkt: man hätte von dem Beigeordneten wohl erwarten dürfen, daß er im Hinblick auf sein früheres Vorgehen sich als Entscheidungsinstanz für befangen erklärte, was die Uebertragung der Sache an ein anderes Versicherungsamt zur Folge gehabt haben würde.

Da die Sache vor den zuständigen Behörden schwebt, wollen wir uns nur auf eine rechtliche Richtigstellung der Bemerkungen der „Straßburger Neuen Zeitung" beschränken. Es ist nicht richtig, daß das Oberversicherungsamt die letzte Instanz ist, die in dieser Sache mitzusprechen hat. Da es sich um einen vermögensrechtlichen Anspruch — um Weiterbeschäftigung gegen Entgelt — handelt, kann die Entscheidung des Oberversicherungsamts nach § 358 Abs. 3 RVO. durch Klage im ordentlichen Rechtswege angefochten werden. Wir glauben aber annehmen zu sollen, daß, wenn die Darstellung des Falles richtig und vollständig ist, man es nicht erst dazu kommen lassen wird, in dieser Sache die ordentlichen Gerichte das entscheidende Wort sprechen zu lassen.

Zur kassenärztlichen Bewegung.

Der Verein der freigewählten Kassenärzte in Berlin hielt am 23. Mai dieses Jahres eine außerordentliche Mitgliederversammlung ab, die ungewöhnlich stark besucht war. Den Gegenstand des besonderen Interesses bildete, wie in der sehr erregten Erörterung zutage trat, ein Antrag,

> daß die Mitglieder des Vereins verpflichtet sein sollten, kassenärztliche Sprechstunden nur an derselben Stelle, wie private Sprechstunden abzuhalten, und daß nur denjenigen Aerzten, die schon vor dem 1. Januar 1913 abseits ihrer privaten Sprechstunde besondere Stellen für die kassenärztlichen Sprechstunden eingerichtet hatten, das Recht hierzu gewahrt bleiben sollte, jedoch nur gegenüber den Kassen, die

Digitized by Google

bereits vor dem 1. Januar 1913 mit dem Verein im Vertragsverhältnis standen.

Für den Fall der Annahme dieses Antrags war von anderer Seite weiter beantragt worden,

daß niemand als Spezialarzt zugelassen werden solle, der allgemeine Praxis überhaupt oder bei anderen Krankenkassen treibe, ferner daß für Krankenkassen mit Familienversicherung Schulärzte, die auch außerhalb der Schulgebäude schulärztlich tätig sein, nicht als Kassenärzte zugelassen werden dürften.

Der erste Antrag wurde von dem Antragsteller sehr eingehend begründet mit dem Hinweis auf die materiellen und ethischen Schädigungen, die nach seiner Ansicht das jetzige Poliklinikenwesen und die dadurch immer mehr zunehmende Gewohnheit der doppelten Sprechstunden gerade den praktischen Aerzten zufügen, die heute schon auf das schwerste in den Arbeitervierteln um ihre Existenz ringen. Der Referent forderte dringend auf, zu der guten alten Sitte der Sprechstunde in der Privatwohnung zurückzukehren. Er stellte absolut in Abrede, daß die veränderten Wohnungs- und Verkehrsverhältnisse von Groß-Berlin eine hinreichende Erklärung für eine zweite örtlich von der Privatwohnung getrennte kassenärztliche Sprechstunde böten. Für den Umfang der doppelten, zum Teil auch dreifachen Sprechstunden brachte er überraschende Zahlen bei. Nach den mehr die allgemeinen Standesinteressen berührenden Auseinandersetzungen ging er auch auf die Frage ein, ob die Aufrollung dieser Angelegenheit gerade im Verein der freigewählten Kassenärzte angebracht sei. Während der Zentralverband der Kassenärzte und der Aerzteausschuß Groß-Berlins zurzeit es abgelehnt hätten, sich mit der Angelegenheit zu befassen, sei von den maßgebenden Kollegen sowohl im Verein Berliner Kassenärzte als auch im Gewerkskrankenverein bereitwillige Mithilfe zur Abschaffung der beanstandeten Gebräuche zugesagt worden; auch die Krankenkassen, die doch bei allen anderen Arztsystemen bei der Anstellung der Aerzte ein gewichtiges Wort mitzureden haben, ständen diesen Bestrebungen durchaus sympathisch gegenüber. Ein etwaiger Austritt hervorragender Spezialärzte aus dem Verein, bei Annahme des Antrages, sei weder zu befürchten noch würde er sehr belangreich sein. Redner schloß mit den Worten: „In magnis voluisse sat est!“ An manchen Stellen war die Rede durch lautesten Beifall, an anderen wieder durch lebhaften Widerspruch unterbrochen worden, zum Schluß hielten sich Beifall und Mißbilligung ungefähr die Wage.

Im Namen des Vereinsvorstandes sprach ein Mitglied desselben und hob einleitend hervor daß der Vorstand die Frage mehrfach eingehend beraten und es für seine Pflicht gehalten habe, ausschließlich sich darüber schlüssig zu machen, ob die durch die Annahme des ersten Antrages bedingte Statutenänderung für die Erhaltung und etwaige Ausbreitung der freien Arztwahl in der jetzigen medizinalpolitischen und insbesondere kassenärztlichen Lage in Groß-Berlin den Grundsätzen und den Zwecken der freien Arztwahl entspricht oder nicht. Gemäß seiner Zusammensetzung (die praktischen Aerzte überwiegen im Vorstand) habe er sich dabei weder von Sympathie noch von Antipathie für oder gegen die praktischen Aerzte oder die Spezialärzte leiten lassen. Es sei bei dem wechselvollen Schicksal der freien Arztwahl in Berlin stets der Stolz des Vereins gewesen, daß er irgendwelche Einschränkungen, die nicht rein formaler oder legislatorischer Art waren, bei der Zulassung der Aerzte stets energisch auch dem immer wieder von seiten der Kassen erneuten Versuche gegenüber zurückwies. Weder die wissenschaftliche noch die politische Ueberzeugung, noch die soziale Stellung, noch die Zugehörigkeit zu diesem oder jenem Aerzteverband wurde irgendwie bei der Zulassung berücksichtigt. Dieser Antrag aber soll einmal die Zulassung weiterer Aerzte von dem Ort abhängig machen, wo sie ihre kassenärztliche Sprechstunden abhalten wollen, und andererseits, trotz der den langjährigen Grundsätzen widersprechenden Schutzklausel für eine Reihe jetzt im Verbande befindlicher Aerzte, bei jedem Abschluß mit einer neuen Kasse einer bestimmten Mitgliedergruppe die Beteiligung an der kassenärztlichen Tätigkeit untersagen. Dadurch würde für verschiedenen Kassen unter der Flagge des Vereins beschränkte freie Arztwahl eingeführt werden. Taktisch sei es bedenklich, derartige, ihrer inneren Berechtigung durchaus nicht entbehrende Diskrepanzen unter den Berliner Aerzten zum Austrag zu bringen in einer Zeit, in der das solidarische Zusammenhalten aller Berliner Aerzte und die Zurückstellung aller strittigen Dinge dira necessitas sei. Der Vorstand rate im eigensten Interesse des Vereins auf das dringendste von der Annahme des Antrages ab.

Der Antrag erhielt nach heftiger Diskussion zwar 375 gegen 336 Stimmen, galt hiermit aber als abgelehnt, weil er als Satzungsänderung einer Mehrheit von zwei Dritteln bedurfte. Damit war auch der Eventualantrag erledigt.

Eine Spezialbewegung macht sich unter den Spezialärzten Groß-Berlins geltend. Eine neue Vereinigung der Fachärzte für Hals-, Nasen- und Ohrenärzte hat sich mit den Fachärzten anderer Gebiete in Verbindung gesetzt, sie zur Bildung eines gemeinsamen Ausschusses zur Wahrung ihrer gemeinsamen Interessen und zur Vertretung folgender Forderungen beim Abschluß neuer Verträge mit Krankenkassen aufgefordert:

1. Neben der Pauschalbezahlung soll die Honorierung von Extraleistungen nach dem Vorbilde anderer großer Städte durchgeführt werden, unter Einführung ärztlich geleiteter Kontrolle zur Verhütung mißbräuchlicher Ausnutzung. Welche Extraleistungen darunter fallen und zu welchen Sätzen sie honoriert werden sollen, ist durch Aufstellung eines entsprechenden Tarifes festzusetzen.
2. Diejenigen Privatkliniken, welche Kassenmitglieder zu den allgemein üblichen Bedingungen aufnehmen wollen, sollen grundsätzlich zugelassen werden, und zwar, analog der in Aussicht genommenen Art der Anstellung neuer Aerzte, durch eine paritätische Kommission. Eine ev. Ablehnung oder Ausschließung hätte ebenfalls durch diese zu erfolgen, wenn seitens einer Klinik berechtigte Beschwerden nicht innerhalb einer bestimmten Frist abgestellt werden.
3. Das Honorar für die Behandlung der nicht versicherungspflichtigen Kassenmitglieder soll in allen Fällen, unabhängig von der Leistung der Kasse gegenüber diesen Versicherten, der freien Vereinbarung unterliegen. Aus den Kassenlegitimationen muß zu ersehen sein, ob der Versicherte versicherungspflichtig ist oder nicht.
4. Von Kassenmitgliedern, welche sich in Privatkliniken in eine höhere Verpflegungsklasse aufnehmen lassen, als von der Kasse bezahlt wird, welche also die Leistung der Kasse nur als einen Zuschuß ansehen, hat der Arzt Anspruch auf besonderes, vorher zu vereinbarendes Honorar.
5. Die Abhaltung der Sprechstunden an Sonn- und Feiertagen soll nicht obligatorisch sein.

Hierzu wollen wir nur, ganz abgesehen von der Frage der Billigkeit oder Unbilligkeit der Förderungen im ganzen, bemerken, daß der Durchführung speziell der Förderungen unter 3 und 4 schon kassentechnische Schwierigkeiten entgegenstehen dürften, welche die Antragsteller entweder nicht übersehen oder allzu gering anschlagen.

Digitized by Google

(Kl.) **Freie Vereinigung sächsischer Ortskrankenkassen.**

Die vom 18. bis 20. Mai 1913 in Leipzig tagende Jahresversammlung war von 141 Ortskrankenkassen mit 877962 Mitgliedern durch 337 Delegierte beschickt. Außerdem war eine Anzahl Gäste anwesend. In einer am Sonntag den 18. Mai stattgefundenen Vorversammlung wurden zum Vorsitzenden der Tagung Fräßdorf-Dresden, Holländer-Leipzig und Oberlein-Dresden gewählt. Sodann wurden noch einige geschäftliche Dinge erledigt und die endgültige Tagesordnung festgesetzt.

In der Sitzung am 19. Mai hielt zunächst Pollender-Leipzig im Auftrag der Ortskrankenkasse Leipzig eine Begrüßungsansprache. Sodann begrüßte Fräßdorf die Anwesenden, unter denen sich viele Vertreter von Behörden befinden.

Bureauvorsteher Frenzel-Dresden gibt den Jahresbericht. Danach umfaßt die Vereinigung 162 Kassen mit 858463 Versicherten, gegen 160 Kassen mit 809027 Versicherten im Vorjahr. Von 156 Kassen liegen die wirtschaftlichen Ergebnisse vor. Die Beiträge, die die einzelnen Kassen einheben, schwanken zwischen 1,5 und 6 % des durchschnittlichen Arbeitsverdienstes. Im Jahre 1912 mußten 18 Kassen ihre Beitragssätze erhöhen. Die Beitragseinnahmen der Kassen betrugen 28550198 M. 9 Kassen erhoben Zusatzbeiträge für Familienfürsorge. Erkrankungsfälle waren bei den 156 Berichtskassen zu verzeichnen: bei den Männern 619283 und bei den Frauen 384412, zusammen 1003695 Fälle. Davon waren mit Erwerbsunfähigkeit verbunden bei den Männern 204328, bei den Frauen 121596, zusammen 325924 Fälle. Dafür waren Krankengeldtage zu entschädigen bei den Männern 4019318, bei den Frauen 2957671, zusammen 6976989. Ein Krankheitsfall dauerte bei den Männern 19,7, bei den Frauen 24,3, überhaupt 21,4 Tage. Die Ausgaben betrugen: 1. Für ärztliche Behandlung: 5685501,79 M. = 6,73 M. pro Mitglied. 2. Für Arznei und Heilmittel 3381301,14 M. = 4 M. pro Mitglied. 3. Für Krankengeld an Mitglieder: 9419946,19 M. = 11,15 M. pro Mitglied. Die Gesamtausgaben betrugen 29250021,98 M. = 34,61 M. pro Mitglied. Weiter sei kurz erwähnt, daß von den 156 Berichtskassen 27874 Betriebsunfälle, davon 22528 mit einer Erwerbsunfähigkeitsdauer von unter und 5346 von mehr als 4 Wochen, 22387 Wöchnerinnen-Unterstützungsfälle und 6229 Sterbefälle verzeichnet worden sind und daß Verpflegung in Heilanstalten in 38489 Fällen gewährt worden ist. Auf 100 Verpflegte entfielen 59,6 Männer und 40,4 Frauen auf 100 Mitglieder dagegen 61 Männer und 39 Frauen.

Der zweite Punkt der Tagesordnung war die Besprechung der Mustersatzung für Ortskrankenkassen. Bei § 1 weist Fräßdorf darauf hin, daß er im sächsischen Landtag den Antrag gestellt habe, in Sachsen die Landkrankenkassen auszuschließen. Die Regierung habe sich aber dagegen gewandt. Zu § 14, der die Leistungen der Kassen behandelt, meint Frenzel-Dresden, es sei nötig, Regelleistungen und Mehrleistungen der Kasse genau im Statut zu unterscheiden. Zu § 19, Bemessung der Leistungen, sieht das Statut die Erhöhung des Grundlohns auf 6 M. täglich vor. Der Entwurf hat überhaupt die Tendenz, die Arbeitslohnklassen zu erhöhen. Vorsitzender Fräßdorf: Es wäre wünschenswert, wenn in den Orten, wo Löhne von 6 M. täglich verdient werden, auch entsprechende Klassen eingerichtet werden. Eichstädt, Vorsitzender des Thüringer Ortskrankenkassenverbandes: Wir berechnen 300 Arbeitstage, dadurch kommen unsere Versicherten in eine höhere Klasse; es würde sich empfehlen, eine derartige Bestimmung im Entwurf aufzunehmen. Schmidt-Falkenstein: Es muß versucht werden, in dem Entwurf auch die Bestimmung aufzunehmen, daß für die Feiertage, die auf einen Werktag fallen, Krankengeld bezahlt werden muß. Eichstädt: Die radikalste Lösung wäre, auch an allen Sonntagen Krankengeld zu gewähren. Zu § 20 meint Fräßdorf: Die Ausdehnung von Familienunterstützung, Heilstättenbehandlung usw. ist wichtiger als die Aufhebung der dreitägigen Karenzzeit. Es ist besser, den Kranken, die lange Zeit unterstützungsbedürftig waren, wieder auf die Beine zu helfen, als gleich die ersten drei Tage Krankengeld zu gewähren. Krause-Chemnitz spricht sich für eine kürzere als die dreitägige Karenzzeit aus. Zu § 34, Familienunterstützung, bemerkt Vorsitzender Fräßdorf, es komme leider vor, daß die Aerzte für die Behandlung von Familienangehörigen besonders hohe Entschädigung erheben zu können glauben. Da wäre es besser, durch Statut eine Begrenzung der Honorare nach oben eintreten zu lassen. Pollender-Leipzig meint hierzu, daß bei der Familienunterstützung die Mitglieder, die außerhalb des Kassenbezirks wohnen, nicht besser gestellt werden als die in der Stadt wohnenden. Zu § 40 empfiehlt Fräßdorf, mit den Krankenhäusern Verträge abzuschließen. Zur Arzneilieferung müßten, wenn notwendig, auch die Drogisten herangezogen werden, wenn die Apotheken sich weigern, den Kassen ausreichenden Rabatt zu gewähren. In der weiteren Debatte wird empfohlen, die Familienunterstützung ohne Zusatzbeiträge einzuführen. Als Entschädigung des Vorstandes sei eine Pauschalsumme festzusetzen. Bei den Bestimmungen über Angestellte und Beamte wird darauf hingewiesen, daß der Vorstand des Hauptverbandes Deutscher Ortskrankenkassen beschlossen hat, den Beamten und Angestellten nicht erst nach zehn- sondern schon nach fünfjähriger Tätigkeit die Möglichkeit der Entlassung auf „wichtige Gründe" zu beschränken. Bei der Besprechung der Wahlordnung werden die gebundenen Listen empfohlen.

Der 3. Punkt der Tagesordnung betrifft die Aenderung der Satzung der Freien Vereinigung und Vorstandswahl. Die im vorigen Jahre bei der Tagung in Plauen gewählte Kommission hat den Entwurf einer Satzung vorgelegt. Frenzel-Dresden gibt einige Erläuterungen darüber. Die Vereinigung war bis jetzt nicht in das Vereinsregister eingetragen. Das soll geändert werden. Der Verband soll die Rechtsfähigkeit erwerben. Die Satzungen haben bereits dem Gericht vorgelegen, das sich dahin ausgesprochen hat, daß der Verein eingetragen wird. Eine bestimmte Entscheidung ist allerdings noch nicht getroffen worden.

Die vorgelegten Satzungen werden einstimmig angenommen. Als Sitz des Verbandes wird Dresden gewählt. Die Wahl des Vorstandes hatte folgendes Resultat: 1. Vorsitzender Fräßdorf-Dresden; 2. Vorsitzender Oberlein-Dresden; Beisitzer: Haubold-Chemnitz, Irmisch-Plauen, Burghold-Zittau, Pollender-Leipzig.

Das Landesgesundheitsamt hat die Gründung eines Landesausschusses zur Bekämpfung der Tuberkulose angeregt und die Freie Vereinigung ersucht, einen Vertreter in den Ausschuß zu entsenden. Die Tagung beschließt, einen Vertreter zu entsenden; gewählt wird Fräßdorf-Dresden. — Die Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen in Berlin hat um eine Beitragsleistung ersucht. Fräßdorf-Dresden bemerkt dazu, die Tagung könne den Kassen nicht vorschreiben, Beiträge zu entrichten. Es wird weiter beschlossen, eine Eingabe an das Ministerium des Innern zu richten, nach der zur Behandlung von Zahnkrankheiten auch Zahntechniker zugelassen werden sollen. Die Eingabe spricht sich dahin aus, daß im allgemeinen zu wenig Zahnärzte tätig seien. Namentlich die Landgemeinden hätten unter dem Mangel an Zahnärzten zu leiden.

Digitized by Google

Am dritten Verhandlungstag referiert Verwaltungsdirektor Enders-Plauen über die vom Deutschen Aerztevereinsbund herausgegebenen Musterverträge für die verschiedenen kassenärztlichen Systeme. Die Verträge würden bewirken, daß nicht mehr der einzelne Arzt, sondern die ärztliche Lokalorganisation den Krankenkassen gegenübersteht. Die Aerzte machen oft den Vorwurf, die Kassen wollten das Koalitionsrecht der Aerzte zerbrechen und das friedliche Verhältnis untereinander stören. Das sei aber nicht richtig. Der Mustervertrag des Aerztevereinsbundes teilt die Mitglieder in verschiedene Gruppen. Gruppe a umfaßt alle Versicherten, die bis zu 6 M. täglich verdienen, Gruppe b die Versicherten über 1800 M. Jahresverdienst, Gruppe c die, die aus versicherungspflichtiger Tätigkeit ausgeschieden und sich freiwillig weiter versichert haben, Gruppe d umfaßt die der Kasse freiwillig beigetretenen Kassenmitglieder. Als Honorar verlangen die Aerzte die Mindestsätze oder eine Kopfpauschale von 5 M. für jedes Mitglied, außerdem noch Entschädigung für Geburtshilfe, Nachthilfe usw. Bei Gruppe b erhöhen sich die Forderungen auf 50% und bei Gruppe c auf 100% der Mindestsätze. Der Vertrag soll auf fünf Jahre festgelegt werden. In großen oder mittleren Städten ist der Arzt nicht verpflichtet, die Behandlung eines Mitgliedes zu übernehmen, wenn das Mitglied mehr als zwei Kilometer vom Arzt entfernt wohnt, sofern mehr als ein anderer dienstverpflichteter Arzt in dieser Entfernung wohnt. Es ist in den Vorschriften ausgesprochen, daß der Arzt nicht zu hohe Honorare verlangen darf und sparsam sein muß mit den Heilmitteln; aber es fehlt jede Bestimmung, die Kassen wirksam zu schützen. Aus diesem Mustervertrag gehe hervor, daß sich die Krankenkassenkommission des Aerztevereinsbundes einen Strick für die Kassen zurechtgelegt hat. Die Forderungen werden noch in diesem Jahr den Kassen zugehen. Es muß ihnen geschlossen entgegengetreten werden.

Fräßdorf-Dresden hält es für unmöglich, zu einem befriedigenden Vertragsverhältnis mit den Aerzten zu kommen. Die vorliegenden Musterverträge sind unannehmbar. Sie würden den Ruin der Krankenversicherung bringen. Das Ziel der Aerzte sei, alle Versicherten wie Privatpatienten mit entsprechendem Honorar zu behandeln. Das Verlangen der Aerzte, die Bezahlung an die Organisation zu leisten, bringe viele Gefahren mit sich.

Pollender-Leipzig: Fräßdorf hat gesagt, daß es in einer Anzahl von Städten mit freier Arztwahl ganz gut gehe, so auch in Leipzig. Aber damit ist nicht gesagt, daß die Pauschalforderungen der Aerzte von Leipzig unbesehen hingenommen werden. Wir in Leipzig haben auch bei dem Abschluß des Aerztevertrages Vorsicht walten lassen. Das Honorar wird berechnet nach der Zahl der Mitglieder. Der skandalöse Vorgang in Dresden, wo eine staatliche Aerzteorganisation wagt, die Gemeinde mit der Kasse zu verhetzen, muß den energischsten Protest hervorrufen.

Riem-Dresden: Was die Aerzte wollen, ist der von mancher Seite so stark bekämpfte Organisationszwang. Gerade die Aerzte werfen den Arbeitern vor, sie wollten das, was sie für sich fordern, für die Aerzte nicht bewilligen. Aber die Aerzte sind doch ein privilegierter Stand, durch ihre Standesorganisation und Gerichtsbarkeit haben sie ein starkes Uebergewicht über ihre Gegner. Die Aerzte müßten doch ihren Beruf ideal auffassen, das wird aber von vielen Aerzten abgelehnt. Die Forderung der freien Arztwahl wird viel Anklang auch in den Kreisen der Versicherten finden. Wenn man aber Vor- und Nachteil erwägt, wenn man bedenkt, daß die Kassen unter der freien Arztwahl die Leistungsfähigkeit einbüßen, dann wird man auf dieses System verzichten müssen. Wir werden uns wehren gegen die freie Arztwahl und die Regierung wird sich hoffentlich auch ihrer Verantwortung bewußt sein.

Bureauvorsteher Frenzel-Dresden spricht über die neue sächsische ärztliche Gebührentaxe und über die Verordnung des Ministeriums des Innern hierzu wegen Berechnung der voraussichtlichen Wirkung der vorgesehenen Gebührenordnungen. In vielen Fällen wird eine Erhöhung um 50% und in manchen Fällen eine 100prozentige verlangt.

Hierauf referiert Bureauvorsteher Frenzel-Dresden über das Anstreben einer höheren Vergütung für die Besorgung der Invalidenversicherungsgeschäfte. Er begründet folgenden Antrag:

„Die Jahresversammlung der freien Vereinigung sächsischer Ortskrankenkassen 1913 in Leipzig wolle beschließen: Bei der Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen und beim Ministerium des Innern dahin vorstellig zu werden, daß die Vergütung für Besorgung der Einzugsgeschäfte für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung höher bemessen werde als bisher, etwa auf 5%, nach dem Werte der verwendeten Marken, und das eine solche Vergütung zunächst wenigstens auf die Jahre 1912/13, in denen die Krankenkassen die Geschäfte noch unter den alten Verhältnissen erledigt haben, gegeben werden möge. Vom Jahre 1914 ab wird geprüft werden, wie die Ausdehnung der Krankenversicherungspflicht auch auf die Besorgung der Einzugsgeschäfte für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung wirken wird, und dann werden die Krankenkassen mit entsprechenden Anträgen an das Ministerium des Innern und die Landesversicherungsanstalt Königreich Sachsen herantreten."

Oberregierungsrat Dr. Höhne meint, die Versicherungsanstalt Sachsen sei leider nicht in der Lage, den Wünschen der Kassen entgegenzukommen. Wenn aber der Referent den Wunsch ausgesprochen habe, wenigstens für die Uebergangszeit höhere Entschädigung zu gewähren, so konnte man dem schließlich entgegenkommen.

Der Antrag des Referenten wurde angenommen.

Den letzten Punkt der Tagesordnung bildet ein Referat über die neue Form der Rechnungsführung bei den Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen. Hierbei bespricht Bureauvorsteher Franzel-Dresden die wesentlichsten Neuerungen gegenüber dem seitherigen Zustand.

Als Ort der nächsten Tagung wird Meißen gewählt.

(Kl.) Verband der Krankenkassen im Bezirk der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt.

Am Sonntag den 25. und Montag den 26. Mai 1913 fand im Etablissement „Zum alten Ratskeller" in Erfurt die 12. Generalversammlung des Verbandes statt. Vertreten waren 82 Krankenkassen mit 243000 Mitgliedern durch 180 Delegierte. Die Tagesordnung umfaßte folgende Punkte:

1. Berichterstattung des Vorstandes und der die Jahresrechnung prüfenden Kasse.
2. Die neuen Satzungen für Ortskrankenkassen. (Referenten: Die Herren Arbeitersekretär Möffinger und Rendant Schweitzer, beide in Magdeburg.)
3. Der künftige Abschluß von Verträgen mit Aerzten und Lieferanten. (Referent: Herr Rendant Thier, Halle a. S.)
4. Beratung etwaiger Anträge der angeschlossenen Kassen, soweit sie die vorhergehenden Punkte nicht betreffen.
5. Wahlen: a) des Vorstandes;

Digitized by Google

b) der Kasse, welche die Jahresrechnung prüft;
c) des Ortes der nächsten Generalversammlung.

Vor Eröffnung der Tagung sang der Arbeitersängerchor Erfurt ein stimmungsvolles Lied. Der Vorsitzende Brandes-Magdeburg begrüßte die Erschienenen, insbesondere auch den als Gast erschienenen Direktor des Oberversicherungsamtes Erfurt, Regierungsrat von Strauß und Torney. Dieser dankte und versicherte, die Behörden würden gern gemeinsam mit den Kassen an der Lösung der schweren Aufgaben mitarbeiten.

Den Bericht über die Tätigkeit des Verbandes im abgelaufenen Geschäftsjahr erstattet Brandes-Magdeburg. Der Verbandsvorstand sei bestrebt gewesen, die Zentralisierung der Kassen zu fördern. Leider seien eine Anzahl neue Betriebs- und Innungskrankenkassen gebildet worden. Auch werde eine Anzahl ländlicher Bezirke leider das Gebilde der Landkrankenkassen erhalten. In Halberstadt, Halle und Weißenfels sei die angestrebte Ausgestaltung der größten und leistungsfähigsten Kassen zu allgemeinen Ortskrankenkassen abgelehnt worden. Redner kam dann auf das Verhältnis der Kassen zu den Aerzten zu sprechen. In Halle sei der Zwangsvertrag mit den Kassen vom Bezirksausschuß als ungültig erklärt worden. Im übrigen mache sich der Einfluß des Leipziger Verbandes sehr bemerkbar. Er will wegen Abschließung neuer Verträge nicht mit solchen Aerzten und Kassen verhandeln, die nicht auf dem Boden der freien Arztwahl stehen. Als Bezahlung verlangen sie für jeden Besuch in der Wohnung des Kranken 1,50 M., Nachtbesuch 3 M., für größere Entfernungen Kilometergeld von 50 und 60 Pf. Im übrigen verlangen sie Bezahlung der Einzelleistungen nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung. Für Behandlung von Versicherten mit über 1800 M. Einkommen werden besondere Zuschläge gefordert. Der Verbandsvorstand habe an den Minister für Handel und Gewerbe eine Eingabe gerichtet, daß ein Vertreter des Verbandes zu den Vorbesprechungen zugezogen werde, die die Arzneilieferungen betreffen. Die Frist zur Einreichung der Mustersatzungen bis zum 30. Juni sei viel zu kurz, das werde den Mißstand zur Folge haben, daß sich Fehler in den Satzungen einschleichen werden, die bald wieder beseitigt werden müssen. Redner gibt dann noch einen Ueberblick über die Wirksamkeit der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt.

In der Diskussion spricht zunächst Dölz-Halle. In seinem Wohnort habe sich die Aufsichtsbehörde mit einer ganz rückständigen und kleinen Kasse zwecks Ausgestaltung zur allgemeinen Ortskrankenkasse in Verbindung gesetzt. Das habe unter den Versicherten große Erregung hervorgerufen. Hellvoigt-Halberstadt teilt mit, daß die Aerzte in manchen Orten eine Pauschale von 5 M. pro Versicherten fordern. Wenkel-Benshausen ist der Meinung, daß bei der Umgestaltung der Kassenorganisation die Behörden das Bestreben haben, das Selbstverwaltungsrecht der Kassen noch weiter als es das Gesetz will, zu beschränken. In seinem Bezirk habe sich die Behörde mit einer rückständigen Kasse in Schwarza in Verbindung gesetzt, um diese zu einer gemeinsamen Kasse für den Bezirk auszugestalten. Adler-Halle hat festgestellt, daß der Leipziger Aerzteverband in manchen Dingen von den Behörden besser unterrichtet werde als die Kassen. In Halle habe sich die Kasse, die zur Ausgestaltung bestimmt worden sei, auf Anlaß des Magistrats einen neuen Rendanten gewählt. Derselbe ist überhaupt noch nicht im Kassenwesen tätig gewesen. In seinem Schlußwort empfiehlt Brandes, mit den Behörden zusammen zu arbeiten, soweit das möglich ist.

Rendant Schweitzer-Magdeburg erstattet sodann einen Bericht über Verhandlungen, die im Reichsamt des Innern stattgefunden haben zu dem Zweck, eine einheitliche Buch- und Rechnungsführung in den einzelnen Kassen herbeizuführen. An diesen Verhandlungen haben eine Anzahl Kassenvertreter teilgenommen. Die Ausführungen Schweitzers waren sehr instruktiver Natur. Die Versammlung sah von einer Besprechung ab.

Der zweite Verhandlungstag begann mit einer Aussprache über die neuen Mustersatzungen für Ortskrankenkassen. Die Herren Arbeitersekretär Möffinger und Rendant Schweitzer aus Magdeburg gaben eine Einleitung hierzu. Ersterer empfahl, neben der Wöchnerinnenunterstützung auch eine Fürsorge für Schwangere auf die Dauer von sechs Wochen vorzusehen. Auch möchten die Kassen mindestens einen Zuschuß für Hebammendienste oder ärztliche Geburtshilfe leisten. Auch das Stillgeld sei ein sehr wirksames Mittel zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit.

In der Diskussion wurde noch empfohlen, dahin zu wirken, daß die Kranken statt großer Pullen von Arzneien lieber kleine Portionen von Milch bekommen. Bei Krankenhausverpflegung eines Versicherten soll den Familienangehörigen möglichst zwei Drittel des Krankengeldes als Unterstützung gewährt werden. Bei § 34 der Mustersatzung wurde empfohlen, nicht die Familienunterstützung in natura einzuführen, sondern eine Barleistung zu gewähren. Das soll in der Form geschehen, daß, wenn Frauen und Kinder der Versicherten erkranken, sie einen Nachweis erbringen müssen, daß sie den Arzt in Anspruch genommen haben. Für den einzelnen Fall soll dann eine Pauschale gezahlt werden. Da die Kassen bei Einführung einer Familienunterstützung mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen haben, so werde eine solche Einrichtung eine glückliche Lösung sein. Sie sei auch eine Schutzmaßnahme gegen übertriebene Forderungen der Aerzte. In den Orten, wo die Aerzte bescheidener mit ihren Forderungen sind, stehe ja der Gewährung der freien ärztlichen Behandlung mit Arzneien nichts entgegen. Die Kasse soll den Vorstandsmitgliedern Sitzungsgelder gewähren. Um zu verhindern, daß die kleinen Gewerbetreibenden nicht von großen Betriebsunternehmern bei den Wahlen der Ausschußmitglieder überstimmt werden, soll kein Arbeitgeber mehr als 10 Stimmen haben. Der Verbandsvorstand schlägt vor, bei den Wahlen das System der streng gebundenen Listen einzuführen. — Der Vorsitzende Brandes gab dann noch bekannt, daß die zu empfehlenden Aenderungen an den Mustersatzungen den Kassen noch schriftlich zugestellt werden.

Hierauf beschloß der Verbandstag, die allgemeine Ortskrankenkasse Magdeburg wieder auf ein Jahr mit der Führung der Geschäfte des Verbandes zu beauftragen. Es wurde gewählt Brandes als 1. und Klees als 2. Vorsitzender, Liebscher und Dietlein als Arbeitgeberbeisitzer und Drechsler, Wilke, Gründler und Brundert als Arbeiterbeisitzer. Die Generalversammlung im Jahre 1914 findet in Dessau statt.

In einem Schlußwort stellte Brandes in Aussicht, auf der nächsten Zusammenkunft auf Grund der gemachten Erfahrungen über die Mängel und Nachteile zu diskutieren, die die Reichsversicherungsordnung den Kassen gebracht hat. Nach Schluß der Versammlung nahmen die Delegierten eine Besichtigung der Erfurter Walderholungsstätte vor.

(Br.) Der Berufsgenossenschaftstag in Breslau.

Am 31. Mai d. J. fand in Breslau die 27. Jahresversammlung der gewerblichen Berufsgenossenschaften statt, zu der die Vorstandsmitglieder und Vertreter in großer Zahl herbeigeströmt waren. Die Verhandlungen wurden

Digitized by Google

von dem Vorsitzenden der Berufsgenossenschaft der Feinmechanik und Elektrotechnik, Direktor D. Spiecker geleitet, der zunächst einen Ueberblick über die Tätigkeit des Verbandes im verflossenen Jahre gab. Dieselbe diente hauptsächlich der Einführung der Reichsversicherungsordnung. Der Verband hat für die Genossenschaften Musterbescheide entworfen, der nach § 63 Einf.Ges. z. RVO. der bevorstehenden Regelung der Umlagebeiträge mit Rücksicht auf die Rücklage vorgearbeitet und hat erreicht, daß die Unfallverhütungsvorschriften für Fahrstühle, Dampfkessel, und die Verwendung von Karbid und Azetylen einheitlich im Reiche geworden sind.

Der erste Gegenstand der Tagesordnung war ein Vortrag des früheren Senatsvorsitzenden im Reichsversicherungsamte, jetzigen Oberverwaltungsgerichtsrats, Dr. Weymann über die Haftung der Berufsgenossenschaften für die sog. „Unfälle des täglichen Lebens“[1]). Man versteht darunter Gefahren, welche sich in nichts unterscheiden von einer Gefahr, der im täglichen Leben jeder ausgesetzt ist. Ist solche Gefahr durch die Betriebsarbeit geschaffen, so liegt ein entschädigungspflichtiger Unfall vor, einerlei ob die Gefahr auch außerhalb des Betriebes vorkommt. Neuerdings hat man die Entschädigungspflicht ausdehnen wollen auf Unfälle, welche durch ein fremdes Ereignis, also nicht durch den Betrieb, herbeigeführt werden, z. B. einen Blitzschlag oder Hitzschlag oder durch eine in die Arbeitsstätte hineindringende Kugel, ein hineinfliegendes giftiges Insekt oder dgl. Die Genossenschaften haben in diesen Fällen die Entschädigung abgelehnt, weil der Verletzte keiner Betriebsgefahr unterlegen sei. In der ersten Hälfte des Bestehens der Unfallversicherung hatte das Reichsversicherungsamt sich auch auf diesen Standpunkt gestellt, in den letzten Jahren seien aber einige Entscheidungen ergangen, welche eine Betriebsgefahr annahmen und die Genossenschaften verurteilten. So ist durch die Rekursentscheidung 2305 geschehen bei einem Automnibuskutscher, der auf dem Endpunkte der Linie, auf dem Nollendorfplatze in Berlin, einige Minuten wartete und hierbei von einer Revolverkugel verletzt wurde. In dieser Entscheidung wird der neue Grundsatz aufgestellt, es genüge, daß der Versicherte durch seine Betriebstätigkeit zum Aufenthalte an der betreffenden Stelle genötigt gewesen sei; darüber hinaus sei eine Einwirkung des Betriebes auf den gefahrbringenden Vorgang nicht erforderlich.

Der Vortragende erklärt diesen Standpunkt für verfehlt, weil er zu unhaltbaren Folgerungen führe und im Widerspruch zu dem Willen des Gesetzgebers stehe. Wäre der neue Satz richtig, so müßten die Genossenschaften auch einen auswärts beschäftigten Arbeiter entschädigen, z. B. einen Monteur, einen Bauhandwerker, einen Bediensteten im Transportgewerbe, wenn er an dem fremden Orte in einen Gasthof gehe und es dort so unglücklich treffe, daß er eine verdorbene giftige Speise erhalte, oder wenn er dort auf einem Spaziergange angefallen oder umgerannt würde. Die Absicht des Gesetzes sei gewesen, die Arbeiter gegen die Gefahren zu versichern, denen sie durch ihre Betriebsarbeit ausgesetzt werden, nicht aber gegen die allgemeinen Gefahren des täglichen Lebens, denen jedermann unterliegt. Als Vater des Gesetzes werde Dr. Bödiker, der von 1885 bis 1897 Präsident des Reichsversicherungsamts gewesen, bezeichnet, allgemein sei seine arbeiterfreundliche Denkweise anerkannt, unter seiner tätigen Mitwirkung an der Rechtsprechung sei daran festgehalten worden, daß nur Unfälle, die durch die Arbeit selbst der Beschäftigte erleidet, zu entschädigen seien. Dieser ursprüngliche Wille des Gesetzgebers sei bei keiner Beratung der Novellen aufgegeben worden. Die Tatsache, daß in der Reichstagskommission ein Abgeordneter die neuere Richtung der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts gerühmt und hierauf kein Widerspruch erfolgt sei, beweise keine Zustimmung zu der Schwenkung, welche einige Senate vorgenommen haben, wenn nicht festgestellt werde, daß in die Kommission deren Mitgliedern Kenntnis von den beiden entgegenstehenden Auffassungen gegeben und hiernach eine Entscheidung für die jüngere Richtung getroffen sei. Es sei auch nicht richtig, daß sich die Landesversicherungsämter der neuen Richtung angeschlossen hätten und daß dies auch das Reichsgericht getan. Die angezogenen Entscheidungen würden auch nach der ursprünglichen, richtigen Auffassung zu einer Entschädigung geführt haben. Auch der Fall des Arbeiters, der bei einer Beschäftigung auf der Straße von einer heranstürmenden wilden Kuh gestoßen worden sei, weiche insofern von dem Falle des Omnibuskutschers ab, als die Straße für den Verkehr des Viehes bestimmt sei, nicht aber zum Abschießen von Kugeln. — Die Versammlung nahm die sehr eingehenden Ausführungen mit lebhaftestem Beifall auf. Auf Vorschlag des Vorsitzenden wurde von Diskussion und Abstimmung abgesehen.

Der namens des Reichsversicherungsamts erschienene Direktor Witowski erklärte, daß er nicht ermächtigt sei, hierzu Stellung zu nehmen, jedoch bemerkte er, daß die angegriffene Entscheidung nicht als eine grundsätzliche aufzufassen und die Stelluug des Präsidenten Dr. Bödiker richtig wiedergegeben sei. Er bitte, abzuwarten, welche Stellung der Große Senat zu der Frage nehmen werde. Jedenfalls schlage der Genossenschaftstag den richtigen Weg ein, indem er sich darauf beschränke, die schwierige Frage rein wissenschaftlich zu erörtern, ohne seinerseits durch eine Beschlußfassung Stellung zu nehmen. Er vermeide dadurch den Anschein, die Rechtsprechung beeinflussen zu wollen.

Die folgenden Gegenstände der Tagesordnung wurden kürzer verhandelt. Der Verwaltungsdirektor Dr. Rigler in Darmstadt erörterte die versicherungsrechtliche Zugehörigkeit der Kutscher und Chauffeure. Dient das Automobil oder Reitpferd dem versicherten Gewerbe oder der Landwirtschaft, so ist das Personal bei der zuständigen Berufsgenossenschaft versichert, dient es nur dem Vergnügen, so ist es bei der neugegründeten Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer in Berlin SW 11 zu versichern. Wird das Fahrzeug oder das Reittier für beide Zwecke benutzt, so richtet sich die Versicherungszugehörigkeit danach, für welchen Zweck die Benutzung überwiegend geschieht. In diesem Sinne haben sich die hauptsächlich in Betracht kommenden Genossenschaften verständigt, wie der Syndikus Dr. Sitzler mitteilte.

Ueber die berufsgenossenschaftlichen Anstalten für Versicherung gegen Haftpflicht gab der Verwaltungsdirektor Dr. Eisenträger von der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft eine gründliche Uebersicht über die bestehenden Anstalten und ihre Rechtsformen. Er kam zu dem Ergebnis, daß die gemeinnützige Versicherung erheblich billiger arbeite als die gewerbsmäßige Haftpflichtversicherung, wofür er sich auch auf eine Broschüre von Prof. Moldenhauer vom Jahre 1907 bezog. Der Syndikus der deutschen Berufsgenossenschaften, Rechtsanwalt Bitter aus Hamburg, war derselben Meinung und riet den Genossenschaften, bei jedem Unfalle schleunigst festzustellen, ob der Unternehmer gegen Haftpflicht versichert sei. In diesem Falle ist der Haftpflichtversicherungsgesellschaft schleunigst mitzuteilen, daß die Berufsgenossenschaft Ansprüche an sie geltend machen werde. Der Zweck ist, den Abschluß eines Vergleichs mit dem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen unmöglich zu machen.

Generalsekretär Zeden in Berlin veranlaßte schließlich

[1]) Siehe hierüber Weymann in Arb.-Versorgg. 1907 S. 445 ff., 469 ff., 498 ff. und anderseits Lange in Arbeiter-Versorgung 1913 S. 217 ff.

Digitized by Google

noch die Versammlung, sich für eine Ermäßigung der Reichsstempelsteuer für solche Kraftfahrzeuge auszusprechen, welche der ärztlichen Versorgung und dem Transport Unfallverletzter dienen.

Es wurde der bisherige Vorstand wiedergewählt, der Voranschlag genehmigt und als Ort des Genossenschaftstages im nächsten Jahre Leipzig bestimmt.

Ueber das Spezialistentum in der Medizin und über die Verantwortung des Röntgenarztes insbesondere

äußert sich Prof. Dr. Levy-Dorn in Berlin, leitender Arzt am Virchow-Krankenhause, anläßlich eines Strafprozesses wegen Röntgenverbrennung in Nr. 10 der „Medizinischen Reform". Wir heben auszugsweise folgendes heraus: Im großen Gegensatz zu den Klagen der Aerzte wegen Ueberfüllung des Standes und Einschränkung ihres Arbeitsfeldes steht ihr unverkennbarer Hang, viele rein ärztliche Dinge Laien anzuvertrauen. Ganz besonders, wenn dabei technische Fertigkeiten benötigt werden, vergessen viele leicht, daß auch ärztliches Können zugleich vorhanden sein muß, um auch hierin das Beste zu leisten. Oft scheint die an sich nicht unberechtigte Scheu vor neuen Spezialisten die wahre Ursache für den gerügten Uebelstand zu sein. Der Arzt, welcher einen Laien beschäftigt, denkt bei seinen Patienten den Glauben zu erwecken, als ob er die ärztliche Heilung in der Hand behalte, während er durch Hinzuziehung eines andern Arztes sein Unvermögen eingestehe. Tatsächlich aber untergräbt nichts so sehr die ärztliche Autorität, wie das Anrufen eines Beistandes von Laien, wenn nicht gewisse engumschriebene Grenzen innegehalten werden. Auf die Dauer können die diplomatischsten Aerzte ihre Kranken nicht überzeugen, daß der routinierte ärztliche Techniker, oder wie man sonst den Helfer titulieren möge, ohne sie (die Aerzte) keinen Nutzen bringt, zumal die Laien nur zu bald lernen, über rein ärztliche Dinge ein Urteil abzugeben, das natürlich dem Arzt geheim gehalten wird, und daher von ihm nicht auf seinen wahren Wert zurückgeführt werden kann. Der Arzt bemüht sich also vergebens, seinen Mangel an Spezialbildung zu verschleiern und züchtet, indem er neue ärztliche Autoritäten umgeht, Laienautoritäten, denen er sich sachlich unterordnen muß, falls er sich nicht bloßstellen will. Der Arzt aber, der eine Untersuchung oder Therapie anordnet, trägt natürlich die volle Verantwortung, wenn er solche nicht auf einen anderen Arzt überträgt.

Die Gefahren der Anwendung von Röntgenstrahlen sind heute genügend bekannt, so daß es als sträflicher Leichtsinn betrachtet werden muß, wenn man diese Kunst ausübt, ohne sich genügend im Röntgenfach umgesehen zu haben. Die Verbrennungen bei der Röntgendiagnostik und -Therapie haben einen Umfang angenommen, der nicht in der Natur der Sache liegt, sondern vielfach, ja wohl meist auf Unkenntnis und Fahrlässigkeit beruht. Der Sachkundige wird heute so gut, wie nie, eine Röntgenverbrennung herbeiführen.

Bei dieser Sachlage muß man jedem, der sich mit Röntgenstrahlen beschäftigt, raten, sich die Thesen einzuprägen, welche der VI. Röntgenkongreß 1910 angenommen hat, hauptsächlich folgende:

1. Nur unter der Verantwortlichkeit des Arztes dürfen die Röntgenstrahlen zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken Anwendung finden.

2. Der Arzt soll im Interesse der Patienten und im eigenen Interesse nur zuverlässige und erfahrene Angestellte im Röntgenlaboratorium tätig sein lassen.

3. Der Arzt und der Fabrikant ist verpflichtet, seine Angestellten über die Röntgenschädigungen zu belehren, die üblichen Schutzmaßregeln zur Verfügung zu stellen und ihren Gebrauch zu fordern.

4. Dem Arzt liegt nicht die Verpflichtung ob, jede Röntgenuntersuchung (Behandlung) selbst vorzunehmen; es ist ihm vielmehr gestattet, diese Maßnahmen nach seinen Anweisungen und unter seiner Verantwortlichkeit seinen Angestellten zu überlassen.

5. In Hinblick auf die Röntgenschädigungen, die mit Sicherheit heute noch nicht zu vermeiden sind, ist von dem Arzt das sorgfältigste Studium der Röntgentechnik, ganz besonders der Dosierungsfrage und die stetige ausgesuchte Vorsicht zu verlangen.

6. Als Gutachter bei Prozessen, Röntgenschädigungen betreffend, sollten nur solche Aerzte herangezogen werden, welche die Röntgenspezialität aus eigener Erfahrung beherrschen.

Eine Zuschußkasse im Sinne des § 365 (vgl. auch § 389) des Angestelltenversicherungsgesetzes

hat die Stadt Düsseldorf mittels folgender Satzung errichtet:

§ 1. Die Rentenkasse für Angestellte der Stadt Düsseldorf besteht als städtische Einrichtung und gewährt ihren Mitgliedern Ruhegehalt, Witwen- und Waisenrenten. Die Mitglieder haben einen Anspruch auf diese Leistungen.

§ 2. Mitglieder der Kasse sind die städtischen Angestellten; die städtischen Beamten und Arbeiter sind Nichtmitglieder der Kasse.

Wer nur der Alters- und Invalidenversicherung, nicht aber auch der Angestelltenversicherung nach dem Gesetz vom 20. Dezember 1911 unterliegt, ist nicht Mitglied der Rentenkasse.

Die Mitgliedschaft wird mit dem Abschluß des Privatdienstvertrages mit der Stadt erworben, und endet mit Ablauf dieses Vertrages.

§ 3. Die Gewährung und Berechnung der Kassenleistungen erfolgt nach den für die Beamten der Stadt Düsseldorf jeweilig geltenden gesetzlichen und statutarischen Bestimmungen.

§ 4. Die Leistungen der Rentenkasse werden von der Stadtkasse getragen. Mitgliederbeiträge werden nicht erhoben.

§ 5. Die Verwaltung der Rentenkasse führt der Oberbürgermeister. Ueber die Gewährung und Festsetzung der Leistungen beschließt unbeschadet der Vorschrift des § 9 Abs. 1 dieser Satzung mit Ausschluß des Rechtsweges die Stadtverordnetenversammlung endgültig.

§ 6. Die Rentenkasse entrichtet die Versicherungsbeiträge für ihre nach dem Angestelltenversicherungsgesetz vom 20. Dezember 1911 versicherungspflichtigen Mitglieder in vollem Betrage an die Reichsversicherungsanstalt.

§ 7. Die bei der Reichsversicherungsanstalt versicherten Angestellten sind, solange sie sich in städtischen Diensten befinden, beim Wegfall der Versicherungspflicht gehalten, das Recht der freiwilligen Fortsetzung der Versicherung wahrzunehmen, bis die Wartezeit erfüllt ist. Nach erfüllter Wartezeit haben sie die erlangte Anwartschaft auf die Leistungen der Angestelltenversicherung zu erhalten. Die Kosten der freiwilligen Weiterversicherung und die Anerkennungsgebühr trägt die Rentenkasse.

Das gleiche gilt hinsichtlich der Invalidenversicherung der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911.

§ 8. Die einem Mitglied der Rentenkasse oder seinen Hinterbliebenen aus der reichsgesetzlichen Invaliditäts-, Unfall- oder Angestelltenversicherung zufallenden Renten werden auf die Leistungen der Rentenkasse in voller Höhe angerechnet, soweit diese Versicherungen aus Anlaß der Beschäftigung bei der Stadt oder auf Grund solcher früherer Dienstverhältnisse erfolgten, die bei der Feststellung

Digitized by Google

der ruhegehaltsfähigen Dienstzeit in Anrechnung gekommen sind. Sind während der Dienstzeit bei der Stadt Düsseldorf aus Anlaß einer Nebenbeschäftigung von dritter Seite Beiträge entrichtet, so findet die Anrechnung der Rente, soweit sie auf diese Beiträge entfällt, nicht statt.

Die Minderung erfolgt auch dann, wenn durch Verschulden des Mitgliedes die Anwartschaft auf solche Leistungen nicht besteht oder wenn das Mitglied oder seine Hinterbliebenen die zur Erlangung ihnen zustehender Leistungen nötigen Schritte trotz Aufforderung unterlassen. Doch kann in solchen Fällen von einer Minderung ganz oder teilweise abgesehen werden.

§ 9. Insoweit Beiträge auf Grund des Angestelltenversicherungsgesetzes zu entrichten und insoweit Leistungen auf Grund dieses Gesetzes zu gewähren sind, ist die Rentenkasse Zuschußkasse im Sinne der §§ 365 ff. des Angestelltenversicherungsgesetzes. Die auf Grund dieses Gesetzes zu gewährenden Leistungen werden in dem hierfür geltenden Verfahren (Abschnitt VI des Angestelltenversicherungsgesetzes) durch Rentenausschuß, Schiedsgericht, Oberschiedsgericht festgesetzt.

Ob und inwieweit neben diese von der Reichsversicherungsanstalt zu tragende Rente die städtische Rente tritt, entscheidet gemäß § 5 Abs. 2 dieser Satzung die Stadtverordnetenversammlung.

§ 10. Diese Satzung tritt für die städtischen Angestellten an die Stelle der bisher geltenden Grundsätze für die Invaliden- und Hinterbliebenenversorgung vom 31. März 1908 und zwar mit Wirkung vom 1. Januar 1913 ab.

(Gbg.) **Dienstbotenkrankenkasse in Hamburg nach der Reichsversicherungsordnung.**

Nach dem § 440 RVO. kann die Landesregierung bestimmen, daß Dienstboten nach diesem Gesetze versicherungsfrei sind, wenn für sie bei dessen Verkündung landesrechtlich Fürsorge im Krankheitsfalle getroffen ist. Diese Fürsorge muß nach Umfang und Dauer mindestens den Regelleistungen der Krankenkassen gleichwertig, oder binnen sechs Monaten, nachdem dieses Gesetz in Kraft getreten ist, gleichwertig gemacht sein. Für Hamburg besteht schon seit dem Jahre 1890 eine Dienstbotenkrankenkasse. Die Hamburger Bürgerschaftssitzung hat kürzlich beschlossen, diese Krankenkasse weiter bestehen zu lassen und sie den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung anzupassen. Bei dieser Gelegenheit kam zum Ausdruck, daß, wenn die Bürgerschaftsmitglieder dieser Vorlage ihre Zustimmung geben würden, dann für Hamburg von der Errichtung einer Landkrankenkasse Abstand genommen würde. Daraufhin erfolgte die Annahme der Vorlage mit einigen Abänderungen. Der Senat hat nun unterm 23. Mai 1913 der Vorlage seine Zustimmung gegeben und so tritt das revidierte Gesetz über die Krankenversicherung der Dienstboten mit dem 1. Januar 1914 in Kraft. Nach einer weiteren Bekanntmachung des Senats vom 23. Mai 1913 wird nun noch bestimmt, daß die in der Stadt Hamburg und im Bezirke der Geest- und Marschlande im Privathaushalt beschäftigten Dienstboten nach dem Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung versicherungsfrei sind.

Was die Leistungen der neuen Dienstbotenkrankenkasse anbetrifft, so gewährt dieselbe u. a.:

1. an Krankenunterstützung vom Beginne der Krankheit ab, wenn die Dienstherrschaft den Verbleib des erkrankten Dienstboten in ihrer Wohnung verstattet, oder wenn der erkrankte Dienstbote innerhalb des Kassenbezirks bei seinen Angehörigen oder anderweitig geeignete Unterkunft findet, freie ärztliche Behandlung durch den Kassenarzt, freie Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und andere kleinere Heilmittel, oder wenn jene Voraussetzungen nicht zutreffen oder wenn der behandelnde Arzt Krankenhausbehandlung für erforderlich erachtet, freie Kur und Verpflegung in einer öffentlichen Heilanstalt, einem Rekonvaleszenten- oder Genesungsheim;
2. Wöchnerinnenunterstützung durch freie Verpflegung in den staatlichen Entbindungsanstalten oder, falls eine vorzeitige Entlassung aus diesen Anstalten erfolgt, für die weitere Dauer der Erwerbsunfähigkeit freie Unterkunft in einem Genesungsheim oder dem Marthahause. Findet die Entbindung außerhalb der Anstalt unter Hinzuziehung eines Arztes statt, so wird eine Beihilfe zu den ärztlichen Kosten bis zu 25 M. gewährt;
3. Sterbegeld in Höhe von 80 M.;
4. wird Krankenhauspflege oder bei vorhandener Erwerbsunfähigkeit Krankenhauspflege bei einem Angehörigen innerhalb des Kassenbezirks einem Versicherten gewährt, der bisher von seinem Arbeitsverdienst Angehörige ganz oder überwiegend unterhalten hat, so ist daneben ein Hausgeld für die Angehörigen im Betrag eines Viertels des Ortslohnes zu zahlen.

Zum Schluß sei noch bemerkt, daß die Krankenunterstützung bis zu 39 Wochen vorgesehen ist. Die Beiträge betragen 1,60 M. pro Monat. Davon dürfen die Herrschaften den Dienstboten 60 Pf. in Abzug bringen. Die Verwaltung erfolgt durch die Behörde für das Versicherungswesen aus öffentlichen Mitteln.

Betriebskrankenkassenverband; Rechnungsführung der Kassen; Arztfrage.

Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen hielt in Hamburg unter dem Vorsitz von Justizrat Wandel seine diesjährige Hauptversammlung ab. Dem vom Vorsitzenden erstatteten Geschäftsberichte zufolge umfaßt der Verband 3080 Krankenkassen mit etwa 2,3 Mill. versicherten Personen. Redner wendete sich gegen den dem Bundesrat zur Beschlußfassung vorliegenden Entwurf von Vorschriften über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen, gegen den vom Standpunkte der Praxis schwerwiegende Bedenken zu erheben wären. Die neuen Versicherungsbehörden erwiesen sich nicht selten als nicht genügend unterrichtet, was zu mannigfachen unliebsamen Auseinandersetzungen führe. Die Arztfrage komme immer mehr in das Stadium, in dem eine gründliche gesetzliche Regelung nicht mehr umgangen werden könne. Eine gedeihliche Entwicklung der Krankenversicherung sei jetzt schon durch das Vorgehen des Leipziger Verbandes lahmgelegt. Sollte der Leipziger Verband und seine Organisationen mit den Musterverträgen, die vor kurzem herausgegeben worden sind, durchdringen, dann würden die Kassen, allein um die Regelleistungen zu decken, höchste Beitragssätze erheben müssen. Der Leipziger Verband stelle es in der Oeffentlichkeit so hin, als ob demnächst fast das ganze deutsche Volk in den Krankenkassen vereinigt sei. Diese Agitation entbehre der Berechtigung, denn auch nach der Reichsversicherungsordnung wäre dies bei weitem noch nicht die Hälfte des deutschen Volkes. Die Krankenkassen hätten für ärztliche Behandlung im letzten Jahr fast 100 Mill. M. aufgewendet. Diese Summe werde infolge der Reichsversicherungsordnung noch durch eine stattliche Zahl von Millionen vermehrt. Nimmer hätten die Aerzte solche Summen aus den minderbemittelten Volksschichten erhalten, wenn diese den

Digitized by Google

Aerzten noch als sogenannte Privatpatienten gegenüberständen. Die Krankenkassen seien durchaus bereit, den Aerzten das zu geben, was ihnen zukomme. Die Forderungen und Maßnahmen des Leipziger Verbandes gingen aber weit über das berechtigte Maß hinaus. In letzter Zeit mehrten sich die Stimmen, die in der Einführung von beamteten Aerzten für die Zwecke der öffentlich-rechtlichen Versicherungen wie für die öffentlichen Zwecke überhaupt die beste Lösung der Arztfrage erblicken unter voller Würdigung der Interessen der Versicherten. Geschäftsführer Heinemann-Essen besprach gleichfalls die Musterverträge des Leipziger Aerzteverbandes. Die Kassen würden durch solche Verträge entrechtet, des Selbstbestimmungsrechts beraubt, in die Gewalt der Aerzteorganisationen gebracht und finanziell zugrunde gerichtet. Könnten die Kassen von den Aerzten nicht angemessene Bedingungen erlangen, dann bliebe ihnen nichts anderes übrig, als den aufgedrungenen Kampf aufzunehmen. Die Versammlung trat diesem mit lebhaftem Beifall aufgenommenen Vortrage in vollem Umfange bei und legte diese Stellungnahme in einer Entschließung fest.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Dringende Bitte!

In den bevorstehenden Ferienmonaten haben auch die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während dessen Anfragen an den Briefkasten nur in sehr dringenden Fällen zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Erholungsbedürftigkeit als Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung.

1. K. W. 100. Antwort: Erholungsbedürftigkeit hat unter Umständen als Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung zu gelten, nämlich dann, wenn sie völlige oder fast völlige Enthaltung von der Arbeit notwendig macht, falls nicht die bereits erzielte Heilung wieder in Frage gestellt werden soll. Demnach würde, wenn der Arzt zum Zwecke der Erholung jede Arbeit mit Recht verboten hat, die Erwerbsunfähigkeit fortbestanden und die Mitgliedschaft gemäß § 54a RVG. angedauert haben; denn auch der Erholungsbedürftige hat Anspruch auf Krankengeld. Daß während der Erholungsbedürftigkeit ärztliche Behandlung nicht erforderlich ist, ändert hieran nichts (vgl. Hahn, Handbuch der Krankenversicherung Anm. 6b zu § 182 RVO.).

Die Berufsgenossenschaft braucht für ein bei einem Unfall beschädigtes künstliches Gebiß keinen Ersatz zu leisten.

2. Nach Dresden. Antwort: Die Unfallversicherung gewährt nur Ersatz für einen Schaden, der durch Körperverletzung oder Tötung entsteht, nicht aber für Sachbeschädigung. Die Zertrümmerung eines künstlichen Gebisses kann aber nicht als Körperverletzung gelten, da dieses nicht einen organischen Teil des Körpers bildet, sondern nur einen fehlenden ersetzt. Werden zugleich mit der Zertrümmerung des künstlichen Gebisses natürliche Zähne herausgeschlagen, so braucht die Berufsgenossenschaft nur Ersatz für die natürlichen Zähne zu leisten; denn maßgebend für den Umfang der Entschädigung ist der Zustand, in dem sich der Körper unmittelbar vor dem Unfall befand. Wird mit Zustimmung des Verletzten ein vollständiges neues Gebiß angefertigt, so sind die Kosten zwischen ihm und der Berufsgenossenschaft angemessen zu verteilen. Es empfiehlt sich hierüber eine Einigung vor der Anfertigung herbeizuführen.

Weigerung eines Kassenmitgliedes, ins Krankenhaus zu gehen.

3. Nach O. V. Antwort: Wenn das Mitglied trotz der ärztlichen Anordnung, die im Einverständnis mit der Kasse erfolgte, sich geweigert hat, in das Krankenhaus zu gehen, und sich anderweitig hat behandeln lassen, so hat es keinen Anspruch auf Unterstützung durch die Kasse, vorausgesetzt natürlich, daß es nach § 7 RVG. verpflichtet war, sich der Krankenhauspflege zu unterziehen. Auch der Anspruch auf Hausgeld fällt dann fort (Vgl. Hahn, Handbuch der Krankenvers. Anm. 3c zu § 184 RVO. S. 233).

Zuschußkassen als Versicherungsvereine a. G.

4. Nach Zeitz. Antwort: Wir nehmen an, daß es sich um eine Zuschußkasse handelt, die als Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit weiter bestehen soll. In Preußen wird die Aufsicht über derartige örtlich begrenzte Unternehmungen vom Regierungspräsidenten geführt. Die Satzung muß mit den Vorschriften des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen im Einklang stehen; zu beachten sind besonders §§ 18, 20 bis 25, 27 bis 29. Mustersatzungen gibt es dafür nicht. Es dürfte sich empfehlen, die jetzige Satzung beim Regierungspräsidenten mit der Anfrage einzureichen, inwieweit sie zu ändern sei. Wenn die Kasse nur die Regelleistungen

Digitized by Google

der Krankenkassen und ein Sterbegeld bis höchstens 300 M. gewährt, so gilt sie als kleiner Versicherungsverein und genießt als solcher wesentliche Erleichterungen bezüglich der Satzungen und der Aufsicht (vgl. § 6 des Gesetzes, betreffend die Aufhebung des Hilfskassengesetzes und § 53 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen.

Voraussetzungen für die Verpflichtung einer Krankenkasse zur Bezahlung einer Bruchoperation.

5. Nach Kempen Rh. Antwort: Der Schiedsspruch kann von der Kasse im ordentlichen Rechtswege nur angefochten werden, wenn einer der im § 1041 ZPO. bezeichneten Gründe vorliegt, und das dürfte nach dem, was wir aus Ihren Mitteilungen ersehen können, nicht der Fall sein. Das ist um so bedauerlicher, als der Schiedsspruch offenbar ein Fehlspruch ist. Die Kasse ist nicht verpflichtet, die Kosten einer Bruchoperation zu tragen, die der Versicherte ohne dringenden Anlaß und ohne Bewilligung durch die Kasse vornehmen läßt. Dies ist in der Rechtsprechung allgemein anerkannt (vgl. neuestens die Entscheidung des Bad. VGH. in Arb.-Versorgg. 1913 S. 16). Der Arzt aber kann für eine dem Versicherten gewährte Hilfeleistung von der Kasse auf Grund des mit ihr geschlossenen Vertrages eine Vergütung selbstverständlich immer nur unter der Voraussetzung verlangen, daß die Kasse dem Versicherten gegenüber zu dieser Leistung verpflichtet war. Daß die Kasse in früheren Fällen solche Operationen genehmigt hat, ist ganz gleichgültig. Denn der einzelne Fall kann freilich so liegen, daß die Kasse es nach pflichtmäßigem Ermessen für sachgemäßer hält, die Radikaloperation zu bewilligen, als es auf wiederholte Inanspruchnahme zur Beseitigung der mit dem Bruchleiden verbundenen Beschwerden oder Gefahren ankommen zu lassen. Aber eben deshalb darf, wenn nicht ein dringlicher Fall vorliegt, weder der Versicherte noch der Arzt dem pflichtmäßigen Ermessen des zuständigen Kassenorgans vorgreifen, und keiner von ihnen kann, unter Berufung auf seinen „guten Glauben" einen Anspruch gegen die Kasse erheben, wenn, mangels Dringlichkeit des Falles oder Einwilligung der Kasse, die objektiven Voraussetzungen eines Anspruchs nicht gegeben sind.

Bei einer Krankenkasse kann der Vorsitzende des Vorstandes nicht Vorsitzender des Ausschusses sein.

6. Nach Krefeld. Antwort: Der Vorsitzende des Ausschusses einer Krankenkasse muß naturgemäß Mitglied des Ausschusses sein, er darf also nicht zugleich dem Vorstand angehören (§ 327 RVO.). Uebrigens schreibt das Gesetz nicht vor, daß der Ausschuß einen Vorsitzenden habe; es ist aber zweckmäßig. Die in Aussicht genommene Bestimmung der Satzung jener Kasse: „Der Vorsitzende des Vorstandes ist auch Vorsitzender des Ausschusses" ist somit ungültig. § 81 der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen sieht denn auch vor, daß der Ausschuß einen Vorsitzenden aus seiner Mitte wählt.

Gasvergiftung als Betriebsunfall.

7. Nach Greußen. Antwort: Gesundheitsschädigungen, die als Folge einer plötzlichen Einwirkung von giftigen Gasen eintreten, sind als Betriebsunfälle zu betrachten. Der Begriff der Plötzlichkeit ist hierbei nicht zu eng aufzufassen. Er soll nur die Annahme eines Betriebsunfalls bei einer erst im Laufe der Zeit allmählich eintretenden schädlichen Einwirkung ausschließen. Darum würden wir im vorliegenden Fall einen Unfall annehmen, wo die schwere Erkrankung erst am dritten Tage eintrat, nachdem bereits an den beiden vorhergehenden die Kohlengase Kopfschmerz und Schwindelanfälle verursacht hatten. An sich kann auch ein Schlaganfall als Betriebsunfall gelten, wenn er nicht auf eine schon länger bestehende Veranlagung zurückzuführen ist, wobei die berufliche Tätigkeit nur die äußere Gelegenheit zur Auslösung der Erkrankung bildete, wie es nach Lage der Sache jede andere Beschäftigung gleichfalls hätte tun können (vgl. Handbuch der Unfallversicherung Bd. 1 S. 70 und 75 unter c). Ob die Einwirkung von Gas tatsächlich den Schlaganfall verursacht hat, muß der Arzt entscheiden.

Ueber Ansprüche des Unfallverletzten, der nicht gegen Krankheit versichert ist, für die ersten 13 Wochen gegen den Unternehmer entscheidet einstweilen noch die Aufsichtsbehörde.

8. Nach Harburg. Antwort: Man wird annehmen müssen, daß das Verfahren für Streitigkeiten über Ansprüche des Unfallverletzten aus § 577 RVO. sich zurzeit noch nach § 58 Abs. 1 KVG. regelt. § 1551 Abs. 2 RVO. bestimmt nämlich ausdrücklich, daß bezüglich des Verfahrens die Leistungen der Arbeitgeber nach § 577 als Leistungen der Krankenversicherung zu gelten haben, und da das Verfahren für die letzteren sich erst vom 1. Januar 1914 ab nach der Reichsversicherungsordnung regelt, so müssen einstweilen noch die alten Vorschriften angewendet werden, nämlich §§ 14, 12 GUVG. in Verbindung mit § 58 Abs. 1 KVG. Die Aufsichtsbehörde hat demnach bis Ende dieses Jahres zu entscheiden.

Fortfall der Wartezeit beim Bezug des Krankengeldes.

9. Nach Merseburg. Antwort: Nach § 191 Abs. 2 RVO. kann die Satzung der Krankenkasse die Wartezeit für bestimmte Krankheiten oder auch für alle abkürzen oder aufheben, bedarf jedoch dazu der Zustimmung des Oberversicherungsamts, wenn es sich um andere Krankheiten handelt als solche, die länger denn eine Woche dauern, zum Tode führen oder durch Betriebsunfall verursacht worden sind. Einen Widerspruch in Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, zwischen den Anmerkungen 2c Nr. 4 zu § 191 und 8 zu § 182 können wir nicht finden.

Mindestleistungen der Ersatzkasse als Voraussetzung ihrer Zulassung; maßgebender Grundlohn; Beweiskraft der Bescheinigung.

10. Nach Frankfurt a. M. Frage: Eine Betriebskrankenkasse, deren Bezirk auf das ganze Deutsche Reich ausgedehnt ist, besitzt in den verschiedensten Teilen des Reiches Mitglieder. Vom 1. Januar 1914 ab werden die Arbeiter, für die ein Stundenlohn von über 50 Pf. vereinbart ist, statutengemäß in die höchste Lohnstufe mit 6 M. eingewiesen. Sie erhalten als Regelleistung 3 M. Krankengeld pro Tag. An einem auswärtigen Betriebsorte, für den der ortsübliche Tagelohn für erwachsene Arbeiter auf 2,50 M. festgesetzt ist, besteht eine Hilfskasse, die als Ersatzkasse über den 1. Januar hinaus bestehen bleibt. Sie wird als Regelleistung ein tägliches Krankengeld von 2 M. höchstens 2,50 M. pro Arbeitstag gewähren. Sind Arbeiter des fraglichen Betriebes, die in dem betreffenden Orte wohnhaft und beschäftigt sind, nunmehr auf Grund des § 517 ff. RVO. von der eigenen Beitragsleistung zu der Betriebskrankenkasse befreit oder nicht? Es handelt sich also darum, ob die betreffenden Arbeiter von der Ersatzkasse mindestens diejenigen Regelleistungen erhalten müssen, die sie von der zuständigen Betriebskrankenkasse erhalten würden oder genügt es, daß sie von der Ersatzkasse mindestens eine so hohe Regelleistung erhalten, wie sie solche von

Digitized by Google

der Orts- bzw. Landkrankenkasse ihres Wohn- und Beschäftigungsortes erhalten würden?

Antwort: Die Ersatzkasse muß dem Versicherungspflichtigen mindestens die Regelleistungen nach dem Grundlohn gewähren, der bei „seiner" Krankenkasse maßgebend ist (§ 507 RVO.), d. i. bei der Kasse, der er nach seiner Beschäftigung tatsächlich angehört. Deshalb würde die Vorschrift in der Satzung der Ersatzkasse im vorliegenden Falle nicht genügen. Es ist schon darauf aufmerksam gemacht worden, daß die Ersatzkassen zumeist genötigt sein werden, zu bestimmen, daß jedes versicherungspflichtige Mitglied unter allen Umständen die Regelleistungen seiner Krankenkasse nach dem für seine Person maßgebenden Grundlohn erhält (Hoffmann Anm. 3, Hahn Anm. 1 zu § 514 RVO.), weil sonst die Satzung gar nicht in allen Fällen dem § 507 Abs. 1 mit § 180 genügen kann. Sollte der Versicherungsverein dieser Anforderung tatsächlich nicht genügen, gleichwohl aber als Ersatzkasse zugelassen worden sein, so würde auf Antrag der Mitglieder nach § 517 ihre Rechte und Pflichten bei der Betriebskrankenkasse dennoch ruhen, weil die Bescheinigung zwingenden Beweis dafür schafft, daß den Vorschriften der §§ 503 bis 513 genügt ist (§§ 514, 515) und zwar ohne einen Vorbehalt hinsichtlich der Höhe des Krankengeldes, wie er bisher nach §§ 75a, 75b KVG. gilt. Es würde dann nichts übrig bleiben, als den Widerruf der Bescheinigung anzuregen (§ 516).

Ersatzanspruch der Kasse für die Zeit vom Beginn der 14. Woche nach dem Unfall.

11. Nach S. Antwort: In beiden Punkten ist die Auffassung der Krankenkasse irrig. Für Krankenpflege sind von der Genossenschaft nach § 1503 RVO. allerdings drei Achtel des Grundlohns zu ersetzen, ohne daß die Kasse die Höhe ihrer Aufwendungen nachzuweisen braucht. Dagegen muß sie auf Verlangen der Berufsgenossenschaft selbstverständlich darlegen, daß sie der Verletzten in der ganzen Zeit, für welche jener Pauschsatz gezahlt werden soll, tatsächlich irgendwelche Leistungen der Krankenpflege (§ 6 Abs. 1 Ziff. 1 KVG.) gewährt hat. Für die Tage, an denen die Verletzte weder ärztliche Behandlung noch Heilmittel gebraucht und erhalten hat, kann der Pauschsatz nicht gefordert werden. Was ferner den Anspruch auf Ersatz des Krankengeldes aus der Rente betrifft (§§ 1505 ff.), so verkennt die Kasse, daß die Berufsgenossenschaft durchaus nicht das Zugriffsrecht der Kasse auf den vollen Betrag der Rentenrückstände bestreitet (§ 1507), daß dieses Recht aber nicht über den Ersatzanspruch der Kasse hinausreichen kann und daß dieser Anspruch doch nur begründet ist bis zum halben Betrage der Rente für die Zeit, für welche die Leistungspflicht der Kasse und der Berufsgenossenschaft zusammentreffen (§ 1506).

Schadenersatzanspruch eines Armenverbandes gegen eine Krankenkasse?

12. Nach Andernach. Antwort: Der Anspruch des Armenverbandes oder der Hospitalverwaltung gegen die Krankenkasse ist ganz unbegründet. Auf § 57 KVG. kann er nicht gestützt werden, weil unstreitig der verpflegte H. einen Anspruch, der auf den Armenverband hätte übergehen können, insbesondere einen Anspruch aus § 28 KVG. nicht gehabt hat. Die Verwaltung behauptet nur, durch die dem H. erteilte Abmeldebescheinigung, welche weder Eintritts- noch Austrittsdatum enthielt, und durch die Angaben des H. in den Glauben versetzt worden zu sein, daß dieser über drei Wochen der Kasse angehört habe. Es ist zunächst recht merkwürdig, daß die Hospitalverwaltung durch die Kasse veranlaßt sein will, etwas zu glauben, was diese nicht bescheinigt hat. Ueberdies stellt sich der Anspruch so, wie ihn die Verwaltung begründet, als ein Anspruch auf Schadenersatz dar, und für einen solchen würde es, auch wenn die Kasse den Irrtum verschuldet hätte, an jedem Rechtsgrunde fehlen. Die Voraussetzung des § 823 Abs. 1 BGB., daß „das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen" verletzt sein muß, liegt in keinem Falle vor.

Rechtslage bei beschränktem Aushilfeersuchen nach § 57a Abs. 1 KVG. (§ 219 RVO.).

13. Nach Gr. W. Antwort: Nach § 58 Abs. 2 KVG. sind auf das Verwaltungsstreitverfahren gewiesen auch Streitigkeiten über Erstattungsansprüche aus § 57a. Nach Abs. 1 des § 57a hat die ersuchte Kasse „dieselbe Unterstützung" zu gewähren, die der Erkrankte von der ersuchenden „zu beanspruchen" hat. Daraus wird mit Recht gefolgert, daß der Fall des § 57a Abs. 1 nur vorliegt, wenn die ersuchende Kasse der ersuchten die ganze Fürsorge für den Kranken überträgt. Einem eingeschränkten Ersuchen braucht die ersuchte Kasse nicht Folge zu geben, und wenn sie es dennoch tut, so kann sie Ansprüche nicht auf § 57a, sondern nur auf den zivilrechtlichen Auftrag gründen und sie demgemäß nicht nach § 58 Abs. 2 im Verwaltungsstreitverfahren, sondern nur im ordentlichen Rechtswege verfolgen (vgl. Hahn Anm. 1b und e zu § 57a, Hoffmann Anm. 6, v. Woedtke Anm. 6, auch Entscheidung des sächs. Min. in Arb.-Versorgg. 1899 S. 450). Allein ein eingeschränktes Ersuchen im bezeichneten Sinne liegt nur dann vor, wenn die Kasse nicht die ganze Fürsorge, zu der sie sich verpflichtet erachtet, der ersuchten Kasse übertragen will, also wenn sie z. B. dem Versicherten Anspruch auf Krankenpflege und Krankengeld zugesteht, aber nur für die Auszahlung des Krankengeldes sich der Hilfe der ersuchten Kasse bedienen will. Dies darf unter Hinweis auf § 57a Abs. 1 KVG. abgelehnt werden. Wenn dagegen die Kasse dem Versicherten nur die eine oder die andere der bezeichneten Leistungen zugesteht und deshalb ihr Ersuchen entsprechend begrenzt, so entspricht das durchaus dem § 57a Abs. 1; denn die ersuchte Kasse ist weder befugt noch verpflichtet, danach zu forschen und zu entscheiden, ob dem Versicherten etwa ein weitergehender Anspruch zusteht. So liegt die Sache im vorliegenden Falle. Die Kasse hatte nicht nur ihr Ersuchen ausdrücklich auf § 57a Abs. 1 KVG. gegründet, sondern es auch auf alles gerichtet, wozu sie dem Versicherten gegenüber verpflichtet zu sein meinte, nämlich auf Gewährung von Krankengeld und Arznei, während die Kosten der ärztlichen Behandlung der Versicherte aus eigenen Mitteln tragen sollte. Ob das gerechtfertigt war, hatte im Streitfalle die Kasse nur mit dem Versicherten auszutragen. Die ersuchte Kasse hatte dem Ersuchen stattzugeben und ihren Ersatzanspruch nach § 58 Abs. 2 im Verwaltungsstreitverfahren geltend zu machen. Die im ordentlichen Rechtsweg erhobene Klage ist daher mit Recht (wenn auch mit unzulänglicher Begründung) abgewiesen worden. Es kommt hinzu, daß der Anspruch auf das halbe Krankengeld nach § 57a Abs. 4 nur begründet ist als Ersatz für die volle Krankenpflege; da das Ersuchen nur auf Gewährung der erforderlichen Arznei gerichtet war, kann nur der nachweisliche Aufwand dafür beansprucht werden (vgl. die Entscheidungen bei Hahn Anm. 5b zu § 57 KVG.).

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **11. Juli 1913.**

Redaktion:	**Nr. 20**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 B.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

„Aerztekulis" — ein neues Kraftwort des Leipziger Verbandes[1]).

Von Sanitätsrat **Dr. Busch** in Bochum.

In der neuesten Nummer der „Aerztl. Mitteilungen" Nr. 26, findet sich in einer Besprechung über den bevorstehenden Elberfelder Aerztetag — beim Erscheinen dieses Blattes wird dieser ja bereits stattgefunden haben — folgender Satz:

„Mag es deutsche Fabrikgewaltige geben, die von so kurzsichtigem Egoismus besessen sind, daß sie mit **Aerztekulis** am besten wirtschaften zu können meinen — sie wohnen übrigens nicht an der Wupper, sondern näher der Ruhr —, **die deutschen Aerzte kennen noch halbwegs ihren Eigenwert und sind entschlossen, ihn von nun ab wieder zu normalem Zinsfuß anzulegen.**"

Da Bochum „näher der Ruhr" liegt, so nehme ich Veranlassung, folgendes zu erwidern:

Die ärztliche Tätigkeit, soweit sie unter geordneten Verhältnissen sich vollzieht, ist, sowohl was ihre Ausübung, als was ihre Ziele und Erfolge betrifft, eine so aufopferungsreiche, so humane und von so unschätzbarem Werte, daß eigentlich selbst die höchsten Honorare kein Aequivalent dafür darstellen. Nichts wäre daher im Interesse der Wertschätzung der ärztlichen Kunst und Wissenschaft beklagenswerter und verwerflicher, als wenn Aerzte sich zu unwürdigen Honorarabmachungen, vielleicht

---

[1]) Anmerkung: Zu seinem Aufsatz in Nr. 18 hatte uns Herr Sanitätsrat Dr. Busch noch einen Nachsatz gesandt, der leider nicht mehr aufgenommen werden konnte. Wir tragen ihn jetzt hier nach. Er lautet: „Außerstande, die gegen die freie Arztwahl geltend gemachten Gründe und Beweise zu widerlegen, greift man vielfach zu einem kläglichen Auskunftsmittel: Man erhebt gegen die zeitigen Inhaber der Kassenarztstellen den Vorwurf, der in der Bezeichnung dieser Aerzte als der „Beati possidentes" seinen Ausdruck findet. Diese Aerzte, so heißt es, sträuben sich nur deshalb gegen die Forderung der freien Arztwahl, weil sie unter diesem System erhebliche Einbußen an ihren bisherigen Kasseneinkünften befürchten. — Solche willkürliche Unterstellungen, die kein Mensch als Gegengründe anerkennen kann, verdienen eigentlich keine Beachtung. Nur weil völliges Schweigen darüber mißdeutet werden könnte, ein paar kurze Bemerkungen:

Die schweren Bedenken, die vom Standpunkte der ärztlichen Standesethik sowie von dem der Moral und Gerechtigkeit gegen die freie Arztwahl, insbesondere gegen deren eigentliches Endziel zu erheben sind, bleiben doch wohl bestehen, mögen pekuniäre Interessen dabei mit im Spiele sein oder nicht.

Und weiter: „Aber auch," so führte ich schon bei früherer Gelegenheit aus, „soweit die Kassenärzte aus pekuniären Gründen ihren Standpunkt vertreten, dienen sie damit dem Wohle des gesamten Aerztestandes, da es eben im Interesse der gesellschaftlichen Stellung der Aerzteschaft durchaus notwendig ist, daß die wirtschaftliche Lage der einzelnen Aerzte, namentlich in ihren späteren Jahren, eine gesicherte bleibt."

Also auch als die „Beati possidentes" können die gegen die freie Arztwahl auftretenden Aerzte erhobenen Hauptes diesen Kampf führen."

Digitized by Google

gar zu Unterbietungen oder ähnlichen unlauteren Dingen herbeilassen würden. Diesen Standpunkt, wo immer sich Gelegenheit dazu bietet, insbesondere auch bei Honorarverhandlungen mit den Krankenkassen zu vertreten, muß daher das Bestreben jedes anständigen Arztes sein und bleiben. So stehts vor allem auch als eigens hervorgehobene Bestimmung in § 4 der Satzungen des Reichsverbandes deutscher Aerzte. — Und daß namentlich auch die „näher der Ruhr" wohnenden Aerzte dieser Pflicht in vollstem Maße nachkommen, wird doch sonnenklar bewiesen durch die im rheinisch-westfälischen Industrierevier durchweg gezahlten Arzthonorare, die zwar bei dem immer mehr sinkenden Geldwerte vielfach noch aufbesserungsbedürftig sind, die aber denen im übrigen Deutschen Reiche sicherlich nicht nachstehen, ja sie meistens übersteigen. — Die unerhörte Beschimpfung dieser Aerzte seitens des Leipziger Verbandes ist also mit Entrüstung zurückzuweisen.

Aber gerade er, der Leipziger Verband, arbeitet durch seine Kämpfe behufs Erzwingung der freien Arztwahl beständig daran, jene geordneten Verhältnisse, die der ärztlichen Tätigkeit auch eine angemessene Vergütung zu sichern geeignet sind, die fixierten Arztsysteme, zu zerstören. Denn wie ich bereits in Nr. 18 dieses Blattes näher ausführte, wird eben durch die freie Arztwahl die Gefahr heraufbeschworen, daß auf die einzelnen ärztlichen Leistungen lächerlich geringe Honorare entfallen. Die hiervon betroffenen Aerzte jedoch wird und kann der Leipziger Verband nicht beschuldigen, weil gerade sein System es ist, das sie in die Zwangslage bringt, zu solchen Kulilöhnen zu arbeiten.

So ist denn auch im vorliegenden Falle wieder der Pfeil auf den Schützen zurückgeprallt.

Die Einziehung ärztlicher Gutachten durch das Versicherungsamt in Invalidenversicherungssachen.

Von Landesversicherungsassessor **Seelmann** in Oldenburg Gr.

Bei der Vorbereitung der Invalidenversicherungssachen durch das Versicherungsamt kann der Vorsitzende vor der mündlichen Verhandlung die Untersuchung des Antragstellers und die Begutachtung des Gesundheitszustandes durch einen Arzt anordnen (§ 1619 RVO.). Dasselbe wird im § 1652 RVO., der nach § 1619 hier anwendbar ist, nochmals bestimmt. Nach §§ 1655, 1619 RVO. kann der Vorsitzende ferner für die mündliche Verhandlung Sachverständige laden. Dieses Recht des Vorsitzenden des Versicherungsamts, Gutachten von Aerzten einzuziehen, deren Kosten nach § 59 Abs. 2 RVO. die Versicherungsträger zu erstatten haben, schränkt die Reichsversicherungsordnung selbst in keiner Weise ein. Das war auch nicht erforderlich, denn die Reichsversicherungsordnung bestimmt in § 35 Abs. 2, daß das Verfahren vor den Versicherungsbehörden durch Kaiserliche Verordnung zu regeln ist, und die Kaiserliche Verordnung über das Verfahren der Versicherungsämter enthält denn auch nähere Bestimmungen darüber, wann das Versicherungsamt von der Einziehung ärztlicher Gutachten abzusehen hat.

1. Die Bescheinigung des § 74 Abs. 2 Kaiserlicher Verordnung.

Nach § 74 Abs. 2 Kaiserlicher Verordnung hat der Versicherte bei der Anmeldung seines Anspruches auf Invalidenrente eine ärztliche, behördliche oder andere zuverlässige Bescheinigung über Ursache und Dauer der Invalidität einzureichen. Dasselbe gilt nach § 75 Abs. 3 a. a. O. bei der Anmeldung eines Anspruches auf Witwenrente. Die Grundlage für diese Bestimmung findet sich in § 1613 Abs. 1 RVO., wo verordnet wird, daß bei der Anmeldung der Ansprüche auf die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Beweisstücke anliegen sollen. Ursache der Invalidität sind die Krankheiten oder die sonstigen Gebrechen, die die Invalidität herbeiführen. Unter Dauer der Invalidität ist einmal deren Beginn zu verstehen, weiter auch der voraussichtliche Endpunkt der Invalidität,

Digitized by Google

d. h. die Angabe, ob sie dauernd oder vorübergehend ist. Die Bescheinigung braucht nicht notwendig durch den Arzt zu erfolgen. Auch andere Bescheinigungen können genügen. In Betracht kommen insbesondere Bescheinigungen der Krankenkassen, Gemeinden, vorgesetzten Dienstbehörden, die ähnliche Bescheinigungen nach § 1438 RVO. auszustellen verpflichtet sind. Auch ein Zeugnis des Arbeitgebers wird in vielen Fällen genügen. Wenn z. B. eine Fabrik bestätigt, daß ein Arbeiter wegen einer bestimmten Krankheit die Arbeit an einem bestimmten Tage habe aufgeben müssen, so ist dies eine Bescheinigung, die dem § 74 Abs. 2 Kaiserlicher Verordnung völlig genügt, wenn die Art der Krankheit einen Zweifel darüber, ob dauernde oder vorübergehende Invalidität vorliegt, nicht zuläßt. Dasselbe gilt unter der gleichen Voraussetzung, wenn eine Krankenanstalt bescheinigt, daß ein Versicherter seit einem bestimmten Tage im Krankenhause liege, denn es soll durch diese Bescheinigungen nicht die Invalidität sicher nachgewiesen, sondern nur glaubhaft gemacht werden.

Ein dem § 74 der Kaiserlichen Verordnung genügendes Attest könnte etwa folgendermaßen lauten:

„Der Arbeiter August Krause leidet an Unterschenkelgeschwüren und einem Herzfehler. Er ist invalide im Sinne des § 1255 RVO. Die Invalidität besteht seit dem 11. April 1913. Sie wird voraussichtlich dauernd sein — oder — Es wird voraussichtlich bei Durchführung von Krankenhausbehandlung in sechs Monaten wieder Erwerbsfähigkeit eintreten. Zu vgl. Seelmann, Leitfaden für die Vorbereitung der Rentenanträge durch die Versicherungsämter.

Daß der Antragsteller die Kosten dieser Bescheinigung allein zu tragen hat, ist nicht zweifelhaft, denn die Bescheinigung ist schon bei der Antragstellung einzureichen. Auch hat der Antragsteller für den Fall der Rentenbewilligung keinen Anspruch auf Ersatz der durch Beschaffung dieser Bescheinigung entstandenen Kosten, denn § 1670 RVO. gilt nicht für die Vorbereitung der Rentenanträge durch das Versicherungsamt. Zu vgl. Seelmann in der Arb.-Versorgg. 1913 S. 315.

Diese Bescheinigung des § 74 Abs. 2 der Kaiserlichen Verordnung braucht kein Formularattest zu sein, denn es ist, wie oben dargelegt, überhaupt nicht erforderlich, daß die Bescheinigung von einem Arzt ausgestellt ist, wenn dies auch regelmäßig der Fall sein wird. Darüber, daß der Versicherte für diese Bescheinigung zweckmäßig dann das von der Versicherungsanstalt eingeführte Formular benutzt, wenn die Versicherungsanstalt zu den Kosten einen Zuschuß leistet, siehe weiter unten.

Legt der Antragsteller eine dem § 74 Abs. 2 der Kaiserlichen Verordnung genügende Bescheinigung vor, so wird dadurch in manchen Fällen je nach deren Inhalt und nach der Art der Krankheit die Invalidität genügend sicher nachgewiesen, die Einziehung eines weiteren Attestes also nicht erforderlich sein (§ 87 Nr. 4 der Kaiserlichen Verordnung). Ist doch ein weiteres Gutachten, insbesondere ein Formularattest erforderlich, so hat der Antragsteller zu diesen Kosten nichts beizutragen. Die Kosten sind vielmehr vom Versicherungsamt vorzuschießen und vom Versicherungsträger gemäß § 59 Abs. 2 RVO., § 97 der Kaiserlichen Verordnung zu erstatten. Ob noch ein weiteres Attest erforderlich ist, ist in das pflichtgemäße Ermessen des Versicherungsamts gestellt.

Dem Vorstande der Versicherungsanstalt bleibt es unbenommen, dem Versicherungsamt gegenüber allgemein die Erklärung abzugeben, daß er auf die Vorlegung der Bescheinigung nach § 74 Abs. 2 a. a. O. verzichte und dafür nur einen Teil der Kosten des Formularattestes übernehme, in Form der Zuschüsse, die schon vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung regelmäßig geleistet wurden. Der Rentenbewerber hat dann die Wahl, ob er die nach § 74 Abs. 2 a. a. O. vorzulegende Bescheinigung einreichen will oder nicht. Legt er eine dem § 74 a. a. O. genügende Bescheinigung vor, so hat er zu den weiteren Kosten, insbesondere den Kosten des Formularattestes nichts beizutragen. Legt er dagegen die Bescheinigung nicht vor, so fordert das Versicherungsamt das Formularattest ein, sichert dem Arzt das Zuschußhonorar der Versicherungsanstalt zu und überläßt die Zahlung des Resthonorars, zu dem auch die etwaigen Reisekosten gehören, dem Antragsteller.

Diese Regelung erscheint mir als die zweckmäßigste. Denn die Bescheinigung aus § 74 a. a. O. hat nur einen bedingten Wert, und eine Mehrbelastung des Antragstellers tritt nicht ein. Das Versicherungsamt darf allerdings in dieser Weise nur dann verfahren,

Digitized by Google

wenn der Vorstand der Versicherungsanstalt damit einverstanden ist.

2. Der Versicherte legt die Bescheinigung nicht vor.

Es entsteht die Frage, wie zu verfahren ist, wenn der Antragsteller eine dem § 74 Abs. 2 a. a. O. genügende Bescheinigung nicht vorlegt, sie auch nicht nachliefert und schließlich es auch ablehnt, sich an den Kosten des Formularatteste in dem in dem betreffenden Bezirk geltenden Umfange zu beteiligen. Das Gesetz trifft für diese Fälle keine besondere Bestimmung. Von der Forderung, daß die Bescheinigung einzureichen ist, wird das Versicherungsamt zunächst dann abzusehen haben, wenn nach §§ 86, 87 der Kaiserlichen Verordnung oder aus anderen Gründen ein ärztliches Attest überhaupt nicht erforderlich ist (siehe hierüber weiter unten). Ferner ist die Bescheinigung des § 74 Abs. 2 a. a. O. dann nicht nötig, wenn der Antragsteller beantragt, daß das Versicherungsamt das Gutachten vom Arzt einzieht und wenn er die Kosten vorher einzahlt (§ 1617 Abs. 3 RVO.).

Sicher ist ferner, daß auch in anderen Fällen die Entgegennahme des Antrages auf Gewährung einer Invaliden- oder Witwenrente nicht deshalb abgelehnt werden kann, weil ein Nachweis über das Vorhandensein von Invalidität nicht beigebracht ist, denn § 81 Kaiserl. Verordn. bestimmt, daß das Versicherungsamt dahin zu wirken hat, daß fehlende Beweisstücke nachgeliefert werden; es wird also damit gerechnet, daß unvollständige Anträge entgegengenommen werden.

Auch die weitere Bearbeitung des Antrages und spätere Weitergabe an die Versicherungsanstalt darf das Versicherungsamt nicht ablehnen, denn der Versicherte hat Anspruch darauf, daß über seine Ansprüche im instanziellen Verfahren entschieden wird. Er kann seine Rente deshalb verlieren, weil die Ärzte seines Bezirks Atteste in Rentensachen für Privatleute nicht ausstellen, oder weil der in Anspruch genommene Arzt den Antragsteller irrtümlich nicht für invalide hält oder weil der Antragsteller die Kosten einer ärztlichen Bescheinigung nicht aufbringen kann. Selbst wenn der Versicherte eine Bescheinigung vom Arzt vorlegt, nach der er noch nicht invalide ist, hat das Versicherungsamt in die weitere Bearbeitung des Antrages einzutreten, denn die Entscheidung über die Ansprüche liegt nicht in der Hand irgendeines Arztes, sondern in der der Versicherungsträger und der Versicherungsbehörden. Nach § 1625 RVO. hat der Vorsitzende des Versicherungsamts die Verhandlungen dem Versicherungsträger zu übersenden; Ausnahmen läßt das Gesetz nicht zu. Wollte etwa das Versicherungsamt, wenn der Antragsteller eine dem § 74 Abs. 2 Kaiserl. Verordn. genügende Bescheinigung nicht beigebracht hat, den Antrag an die Versicherungsanstalt mit dem Gutachten weitergeben, daß Invalidität nicht nachgewiesen ist, so wäre die Rechtslage folgende:

Es ist nicht zweifelhaft, daß der Versicherungsträger in jedem derartigen Falle, in dem die Rentenakten vom Versicherungsamt vorgelegt werden, einen berufungsfähigen Bescheid zu erteilen hat. Wollte die Versicherungsanstalt den Rentenantrag ablehnen, weil Invalidität nicht nachzuweisen sei, so wäre die Berufungsinstanz verpflichtet, vollen Beweis zu erheben und ein ärztliches Attest auch dann einzufordern, wenn der Antragsteller im Verfahren vor dem Versicherungsamt die vorgeschriebene Bescheinigung nicht vorgelegt hatte (Amtl. Nachr. Inv. u. Altersvers. 1895 S. 256 Ziff. 466). Jede Berufung kostet aber der Versicherungsanstalt zurzeit eine Pauschgebühr von 18 M., so daß dieser Weg der Versicherungsanstalt erheblich höhere Kosten verursachen würde. Das Ziel eines solchen Verfahrens, der Versicherungsanstalt Kosten zu ersparen, würde also nicht erreicht werden.

Aber nicht nur aus diesen praktischen, sondern auch aus rechtlichen Gründen ist dieser Weg nicht gangbar, sondern unzulässig. Die Vorschrift des § 1613 der RVO., daß bei der Anmeldung der Ansprüche die Beweisstücke beiliegen sollen, ist ebenso lediglich instruktioneller Natur wie die Vorschrift des § 74 Abs. 2 der Kaiserlichen Verordnung; ihre Nichtbefolgung zieht Rechtsnachteile nicht nach sich (zu vgl. Düttmann u. andere, Kommentar zur RVO., Bd. I § 1613 Anm. 2 S. 363, Hanow u. andere, Kommentar zur RVO. Bd. V § 1613 Anm. 15 S. 225; Amtl. Nachr. Inv. u. Altersvers. 1895 S. 256 Ziff. 466). Das Versicherungsamt hat nach freiem Ermessen zu bestimmen, was zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlich ist, und es kann

Digitized by Google

nach eigenem Ermessen Gutachten von Aerzten einziehen (§§ 1617, 1619, 1652 RVO.). Daß Atteste auch dann einzuziehen sind, wenn der Antragsteller selbst keine ärztliche Bescheinigung vorgelegt hat, ist vom Reichsversicherungsamt ausdrücklich anerkannt (Amtl. Nachr. Inv. u. Altersvers. 1895 S. 256 Ziff. 466, 1900 S. 826, 827, Arb.-Versorgg. 1901 S. 709; zu vgl. auch Seelmann in der Arb.-Versorgg. 1901 S. 42 und 705). Sowenig wie das Versicherungsamt die weitere Bearbeitung eines Altersrentenantrages verweigern darf, weil der Antragsteller eine Bescheinigung über die vorgesetzliche Wartezeit nicht vorlegt — vielleicht weil der Arbeitgeber die Ausstellung einer solchen ablehnt und auch dem Gemeindevorstande gegenüber die Auskunft verweigert —, so wenig darf es dies tun, wenn die Bescheinigung des § 74 Abs. 2 a. a. O. fehlt. In beiden Fällen ist Beweis zu erheben. Man könnte sagen, daß bei den ärztlichen Attesten die Sache anders läge, weil diese der Versicherungsanstalt Geld kosten. Diese Ansicht wäre indessen unzutreffend, denn auch durch Vernehmung von Zeugen entstehen Kosten (§ 1579 RVO.), die die Versicherungsanstalt zu erstatten hat.

Wenn hiernach ein Rentenantrag ohne die nach § 74 Abs. 2 der Kaiserlichen Verordnung erforderliche Bescheinigung eingeht, so hat das Versicherungsamt zunächst dem Antragsteller aufzugeben, diese Bescheinigung nachzuliefern, denn § 1613 RVO. und § 74 Abs. 2, § 81 der Kaiserlichen Verordnung schreiben dies vor, und das Versicherungsamt hat der Weisung des Gesetzes folgend darauf zu halten, daß der Versicherte das tut, was das Gesetz von ihm verlangt. Bleibt diese Aufforderung fruchtlos, so ist das Versicherungsamt nicht ohne weiteres berechtigt, für Rechnung der Versicherungsanstalt ein Gutachten einzufordern, denn das Versicherungsamt hat bei der Erledigung seiner Geschäfte so zu verfahren, daß dem Versicherungsträger vermeidbare Kosten nicht zur Last fallen. Es muß vielmehr die Gründe feststellen, aus denen der Antragsteller die Bescheinigung nicht einreicht. Daß der Versicherte lediglich aus Böswilligkeit die Vorlegung der Bescheinigung ablehnt, kommt in der Praxis kaum vor, ebensowenig wie der Versicherte die Vorlegung seiner Karte und der Aufrechnungsbescheinigung ablehnt. Es handelt sich vielmehr regelmäßig um solche Fälle, in denen der Versicherte außerstande ist, die Bescheinigung herbeizuschaffen. Würde einmal ein Fall vorkommen, in dem auf seiten des Versicherten lediglich Widersetzlichkeit vorliegt, so würde das Versicherungsamt warten dürfen, bis der Versicherte seinen Widerstand aufgibt, denn schikanöse Behandlung brauchen sich Behörden nicht gefallen zu lassen. Uebrigens könnten nach § 1634 RVO. in solchem Falle dem Antragsteller die Kosten zur Last gelegt werden.

Liegt der Grund für die Nichteinreichung der Bescheinigung darin, daß die Aerzte in dem betreffenden Bezirke überhaupt derartige Atteste an Versicherte nicht abgeben, so läßt sich die Schwierigkeit dadurch beseitigen, daß der Versicherte die Kosten beim Versicherungsamt einzahlt und dieses dann die Bescheinigung einfordert (§ 1617 Abs. 3, 4, 9). Kann der Antragsteller die Bescheinigung deshalb nicht beschaffen, weil der Arzt, den er aufsucht, ihn nicht für invalide hält, vielleicht dies auch bescheinigt, so kann, je nach Lage des Falles, von der Einforderung eines weiteren Attestes abgesehen und der Antrag an die Landesversicherungsanstalt mit dem Gutachten weitergegeben werden, daß der Anspruch unbegründet sei (§ 87 Nr. 4 der Kaiserlichen Verordnung). Ist der Versicherte aus anderen Gründen außerstande, die Bescheinigung zu beschaffen, so hat das Versicherungsamt von Amts wegen die erforderlichen Ermittelungen anzustellen. Ganz unzulässig ist es, dem Versicherten zu schreiben, daß der Antrag als zurückgenommen angesehen werde, wenn die Bescheinigung nicht vorgelegt werde. Das Versicherungsamt wird vielmehr zunächst im Wege der vorbereitenden Befragung von Auskunftspersonen (Arbeitgeber, Mitarbeiter, Nachbarn, Krankenkassen, Krankenhausverwaltungen usw.) — § 28 Abs. 5 der Kaiserlichen Verordnung — die tatsächlichen Verhältnisse aufzuklären haben. Ergibt sich dabei, daß Invalidität zweifellos nicht vorliegt (der Antragsteller steht in Arbeit und verdient 20 M. wöchentlich!), so kann von der Einforderung eines ärztlichen Gutachtens abgesehen werden (§ 87 Nr. 4 der Kaiserlichen Verordnung) und der Anspruch für unbegründet erklärt werden. Andernfalls hat das Versicherungsamt selbst das Attest für Rechnung der Versicherungsanstalt einzuziehen. Es ent-

Digitized by Google

scheidet hier das pflichtgemäße Ermessen des Versicherungsamts.

3. Welche Grundsätze sind bei der Einziehung von ärztlichen Gutachten zu beachten.

Vor Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung war in Preußen durch die Anweisung vom 15. November 1908 die Einziehung der Gutachten vom Vertrauensarzt der Versicherungsanstalt vorgeschrieben. Nach der oldenburgischen Anweisung vom 25. November 1907 hatte die untere Verwaltungsbehörde die von der Versicherungsanstalt wegen Beschaffung dieser Zeugnisse getroffenen Maßnahmen tunlichst zu berücksichtigen. Die Kaiserliche Verordnung über das Verfahren vor den Versicherungsämtern enthält eine entsprechende Bestimmung nicht. Es ist aber durch die Natur der Sache bedingt, daß das Versicherungsamt die von der Versicherungsanstalt getroffenen Maßnahmen zu berücksichtigen hat. Denn die Versicherungsanstalt trägt die Kosten dieser Atteste und entscheidet über die Anträge. Sie hat ein dringendes Interesse daran, daß die ersten Atteste in ihrem Anstaltsbezirk nach einheitlichem Formular ausgestellt und daß bei der Auswahl des Arztes die von ihr getroffenen Maßnahmen berücksichtigt werden. Es handelt sich bei diesen Gutachten auch nicht lediglich darum, die Invalidität nachzuweisen, vielmehr muß das Gutachten auch ein Urteil darüber ermöglichen, ob ein Heilverfahren in Betracht kommt, ob die Invalidität durch einen Unfall herbeigeführt ist usw. Ferner muß das Gutachten so abgefaßt sein, daß später eine Entziehung der Rente möglich ist, d. h. es muß eine Veränderung der Verhältnisse festgestellt werden können. Schwierigkeiten haben sich bisher in diesem Punkte auch kaum ergeben. Würde ein Versicherungsamt gegen diese Grundsätze verstoßen, so müßte die Versicherungsanstalt den Antrag stellen, daß die oberste Verwaltungsbehörde nach § 1627 RVO. Anordnung trifft.

Der Versicherte hat Anspruch auf Untersuchung durch einen bestimmten, von ihm benannten Arzt nur im Falle des § 1617 Abs. 3 RVO., d. h. wenn er die Kosten im voraus bezahlt, im übrigen natürlich auch dann, wenn die Versicherungsanstalt es den Antragstellern freistellt, sich auf Kosten der Anstalt von einem beliebigen Arzte untersuchen zu lassen.

Wenn im vorstehenden dargelegt ist, daß das Versicherungsamt bei der Einziehung der ärztlichen Gutachten die von der Versicherungsanstalt aufgestellten Grundsätze zu beachten hat, so gilt dies nur für die Beschaffung der ersten Formularatteste, nicht aber auch dann, wenn es sich um die Einforderung weiterer Gutachten handelt. Die Entscheidung, ob solche erforderlich sind, ist in das pflichtgemäße Ermessen des Versicherungsamts gestellt. Das Versicherungsamt wird sich in dieser Beziehung aus Zweckmäßigkeitsgründen tunlichst Beschränkungen auferlegen, zumal wenn es sich um kostspielige Beobachtungen der Antragsteller in Krankenanstalten oder um teure Obergutachten handelt. Läßt sich ein Gutachten auch ohne dieses Obergutachten erstatten, so wird das Versicherungsamt unter Hervorhebung seiner Zweifel die Sache gemäß § 89 der Kaiserlichen Verordnung dem Versicherungsträger mit der Anfrage vorlegen, ob der Anspruch anerkannt wird. Ist dies der Fall, so hat das Versicherungsamt keinen Anlaß, noch weitere Beweise zu erheben. Erkennt der Versicherungsträger den Anspruch nicht an, so kann das Versicherungsamt weitere Gutachten einziehen, wenn es sein Gutachten sonst nicht erstatten kann.

4. Fälle, in denen Gutachten für Rechnung der Versicherungsanstalt nicht eingezogen werden dürfen.

Die Kaiserliche Verordnung über das Verfahren vor den Versicherungsämtern zählt im § 86 diejenigen Fälle auf, in denen von einer ärztlichen Untersuchung abzusehen ist, und ferner in § 87 diejenigen Fälle, in denen in der Regel von einer ärztlichen Untersuchung abgesehen werden kann. Diese Bestimmungen haben den Zweck, die Einziehung überflüssiger Gutachten zu verhüten und so den Versicherungsträgern unnötige Kosten zu ersparen. Die Einziehung der Gutachten muß auch in anderen Fällen unterbleiben, in denen das Gutachten für die Entscheidung ohne jede Bedeutung ist, insbesondere dann, wenn die Ansprüche auf Witwenrente nach Art. 71 Einf.Ges. z. RVO. (Eintritt des Todes oder der Invalidität des Mannes vor dem 1. Januar 1912) unbegründet sind, oder in denen der Antrag-

Digitized by Google

steller schon eine höhere Altersrente bezieht oder wenn der eine Witwenrente beanspruchenden Witwe schon vorher eine höhere Invalidenrente bewilligt ist. Denn die Versicherungsämter müssen die Anträge pflicht- und sachgemäß prüfen und dürfen den Versicherungsanstalten nicht Kosten bereiten, die bei einer ordentlichen Geschäftsführung vermeidbar gewesen wären. Werden in solchen Fällen trotzdem vom Versicherungsamt Gutachten eingezogen, so fallen die Kosten nicht dem Versicherungsträger zur Last; durch geschäftliche Versehen der Versicherungsämter werden die Versicherungsanstalten nicht belastet. Das gleiche gilt auch dann, wenn ein Versicherter die Umwandlung einer Krankenrente in eine Invalidenrente beantragt, denn diese Umwandlung wird nicht auf Antrag, sondern von Amts wegen vorgenommen. Das Versicherungsamt hat sich mit diesen Geschäften nur dann zu befassen, wenn es von der Versicherungsanstalt darum ersucht wird.

Nach § 86 der Kaiserlichen Verordnung ist von der Einziehung ärztlicher Gutachten dann abzusehen, „wenn sich klar ergibt", daß die daselbst unter Nr. 1—4 aufgeführten Fälle vorliegen. Dadurch wird zum Ausdruck gebracht, daß Grenzfälle nicht getroffen werden sollen. Nur wenn sich bei sachgemäßer Prüfung des gesamten Beweismaterials, insbesondere auch der nach § 82 der Kaiserlichen Verordnung einzufordernden Quittungskarten und Vorakten, ergibt, daß der Anspruch zweifellos unbegründet ist, ist von der Einziehung der ärztlichen Gutachten abzusehen. In zweifelhaften Fällen ist es zweckmäßig, daß das Versicherungsamt sich unter Darlegung der Zweifel und unter Erstattung seines Gutachtens an den Versicherungsträger mit der Anfrage wendet, ob er anerkennt, daß Versicherungspflicht vorgelegen hat, die Wartezeit erfüllt ist usw. (§ 89 der Kaiserlichen Verordnung). Es können dadurch manche unnötigen Kosten vermieden werden. Andererseits ist es selbstverständlich nicht zulässig, daß das Versicherungsamt in jedem Falle die Feststellung, ob die Anwartschaft erhalten ist, Versicherungspflicht vorgelegen hat usw., der Versicherungsanstalt zuschiebt. Denn die Prüfung dieser Fragen ist Aufgabe des Versicherungsamts. Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt kann zur Sache erst auf Grund des vom Versicherungsamt erstatteten Gutachtens Stellung nehmen.

In den Fällen des § 87 der Kaiserlichen Verordnung ist nicht vorgeschrieben, daß in den dort aufgeführten Fällen von der Einziehung des Gutachtens abzusehen ist, sondern nur, daß davon in der Regel abgesehen werden kann. Dem freien Ermessen des Versicherungsamts ist hier also ein weiterer Spielraum gelassen. Freies Ermessen ist aber nicht gleichbedeutend mit Willkür, sondern bedeutet pflichtmäßiges Ermessen. Das Ermessen des Versicherungsamts darf nur ein sachliches, auf Gründe gestütztes, nicht ein willkürliches Ermessen sein (zu vgl. Amtl. Nachr. 1908 S. 496 Ziff. 1410). Wenn ein Versicherungsamt entgegen der Vorschrift des § 86 der Kaiserlichen Verordnung ein Gutachten einfordert, kann die Versicherungsanstalt die Uebernahme der Kosten ohne weiteres ablehnen, im Falle des § 87 a. a. O. dagegen wird sie sich nach den Gründen des Versicherungsamts erkundigen müssen und davon die Entschließung, ob die Kosten zu übernehmen sind, abhängig machen. Zweckmäßig macht das Versicherungsamt, wenn es in den Fällen des § 87 a. a. O. die Einziehung eines Gutachtens für erforderlich hält, die Gründe dafür aktenkundig, damit Rückfragen vermieden werden.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Berechnung der Kosten der Oberversicherungsämter in übernommenen Streitsachen.

Bekanntmachung des **Reichskanzlers** vom 8. Juni 1913 — RGBl. S. 318 —.

Auf Grund des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. hat der Bundesrat bestimmt:

In den schwebenden Streitigkeiten aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, die von den Oberversicherungsämtern bei ihrer Errichtung übernommen sind, und in den auf dem Gebiete der Unfallversicherung am 1. Januar 1913 schwebenden Streitigkeiten, soweit für sie die Oberversicherungs-

Digitized by Google

ämter zu Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung an Stelle der bestehenden bestimmt worden sind, werden die Kosten der Oberversicherungsämter nach folgenden Grundsätzen getragen.

1. Die bis zu den bezeichneten Zeitpunkten fällig gewordenen Kosten sind nach den bisher geltenden Vorschriften des § 107 JWG. und des § 10 des Gesetzes, betreffend Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 573) von den Versicherungsträgern zu zahlen.
2. Außerdem fällt den Versicherungsträgern die Zahlung der Pauschbeträge gemäß § 80 Abs. 2, 3 RVO. der Bekanntmachung vom 16. März 1912 (RGBl. S. 254) zur Last.
3. Die zu 1 bezeichneten Kosten werden jedoch auf die Pauschbeträge bis zum Betrage von 6 M. für jede Spruchsache aus dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und bis zum Betrage von 5 M. für jede Spruchsache aus dem Gebiete der Unfallversicherung angerechnet.

B. Zur Krankenversicherung.

Erlaß des Reichskanzlers zur Arztfrage.

Soweit die Krankenkassen ohne eigenes Verschulden außerstande sein werden, rechtzeitig mit Wirkung vom 1. Januar 1914 ab Verträge zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Aerzten zu schließen, müssen sie allerdings in der Lage sein, sofort mit jenem Zeitpunkt das für diesen bedauerlichen Fall im Gesetze vorgesehene Aushilfsmittel der Zubilligung eines erhöhten Krankengeldes anzuwenden. Eine Lücke, in der die Versicherten weder die ordnungsmäßigen noch die außergewöhnlichen Leistungen ihrer Kasse zu erhalten vermögen, darf keinesfalls eintreten. Mit dem Verbande halte ich es daher für geboten, daß gegebenenfalls schon vor dem 1. Januar 1914 alle die im § 370 RVO. vorgesehenen Vorkehrungen getroffen sein müssen, welche die alsbaldige Anwendung seines materiellen Inhalts, d. h. der Gewährung der Ersatzleistung an Stelle der unmittelbaren ärztlichen Fürsorge, schon mit jenem Tage ermöglichen. Hierzu bedarf es indessen nicht des erbetenen Erlasses einer Kaiserlichen Verordnung wegen Inkraftsetzung jenes § 370, vielmehr reichen dafür die bestehenden Vorschriften, insbesondere der Art. 1 Einf.Ges. z. RVO., vollkommen aus.

Die Vorschriften dieses Einführungsgesetzes haben das Ziel im Auge, daß in dem Augenblick, mit dem die Reichsversicherungsordnung voll in Kraft tritt, bereits ausnahmslos alle diejenigen Einrichtungen geschaffen und diejenigen Maßnahmen getroffen worden sind, ohne welche das Gesetz nicht funktionieren kann. Hierhin gehört es, daß schon vor dem 1. Januar 1914 Organe vorhanden sein müssen, die für die Kasse die nötigen Verträge mit den Aerzten abschließen. Hierhin gehört es aber in gleicher Weise auch, daß jene Organe da, wo sie Verträge mit Aerzten zu angemessenen Bedingungen nicht rechtzeitig abschließen können und wo infolgedessen die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder für den 1. Januar 1914 gefährdet ist, rechtzeitig vor dem bezeichneten Tage die erforderlichen Schritte tun, um wenigstens die im § 370 RVO. zugelassene Ersatzleistung gewähren zu können, und daß die dabei beteiligten Behörden ebenfalls rechtzeitig ihre erforderlichen Entscheidungen treffen. Sowohl die prinzipale Vertragschließung mit den Aerzten als auch die subsidiäre Erwirkung der Genehmigung des Oberversicherungsamts gemäß § 370 a. a. O. sind Maßnahmen zur Durchführung von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung im Sinne des Art. 1 ihres Einführungsgesetzes.

Da es mir wichtig erscheint, daß über den besprochenen Punkt keine Unklarheit bestehe, habe ich alle Bundesregierungen von meiner vorstehend darlegten Auffassung in Kenntnis gesetzt und bei ihnen eine entsprechende Belehrung der beteiligten Stellen angeregt.

In Vertretung:
Delbrück.

Anm. d. Schriftl. Die Krankenkassenverbände hatten gegenüber der bedrohlichen Haltung des Leipziger Aerzte-

Digitized by Google

verbandes aus Anlaß der Einführung der Reichsversicherungsordnung an die Reichsregierung die dringende Bitte gerichtet, ihnen durch alsbaldige Inkraftsetzung des § 370 RVO., der die Abgeltung der ärztlichen Behandlung durch eine Geldleistung vorsieht, eine Waffe in dem drohenden allgemeinen Kampfe zu geben. Der Reichskanzler (Reichsamt des Innern) hat hierauf den obigen wichtigen Bescheid erteilt, der hoffentlich dazu beitragen wird, doch noch in letzter Stunde eine Verständigung zu ermöglichen.

Verpflichtung der Krankenkasse zum Ersatz der Kosten, welche durch Zuziehung eines Nichtkassenarztes außerhalb des Kassenbezirks wegen unerwarteter Verschlimmerung des Leidens entstanden waren.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 24. Februar 1913.

Amalie W., welche vom 21. Mai bis 3. Juni 1908 im Bezuge der Krankenunterstützung seitens der Ortskrankenkasse für München und in Behandlung des Kassenarztes Dr. G. gestanden hatte, war an letzterem Tage aus dieser Behandlung ausgetreten und hatte weitere Kassenhilfe nicht mehr in Anspruch genommen, hatte sich vielmehr am 17. Juni 1908 zu Verwandten nach S. begeben, woselbst sie am 30. Juni 1908 in die Behandlung des K. Bezirksarztes Dr. B. getreten und bis zu ihrem am 16. August 1908 erfolgtem Ableben geblieben ist.

Die Ortskrankenkasse für München hat die Bezahlung der Rechnung des Dr. B. abgelehnt, da Amalie W. gegen den Rat des Kassenarztes und ohne Erlaubnis der Kasse München krank verlassen und dann die Hilfe eines Nichtkassenarztes in Anspruch genommen habe.

Diese Ablehnung wäre dann gerechtfertigt, wenn W. in der Absicht der Umgehung der Kassenärzte und ohne genügenden Grund sich in die Lage versetzt hätte, die Hilfe eines Nichtkassenarztes in Anspruch nehmen zu müssen. Nun hat Dr. G. als Krankheit der W. vor deren Austritt aus seiner Behandlung nach Ausweis des Aktes der Ortskrankenkasse wiederholt angegeben: Rheum., abdom. obstip., bronchitis und retroflex. uter. Tatsächlich hat aber W., wie sich später herausgestellt hat, an einer großen tuberkulösen Geschwulst im Unterleibe gelitten. Nach Gutachten des Kgl. Pathologischen Instituts der Kgl. Universität München hätte das wirkliche Leiden der W. bei eingehender, hierauf gerichteter ärztlicher Untersuchung vor dem 3. Juni 1908 wohl erkannt werden können. Auf jeden Fall ist aber außer Zweifel, daß W., als sie am 3. Juni 1908 ihre bisherige ärztliche Behandlung aufgab, keine Ahnung von ihrem wirklichen Krankheitszustande hatte. So ist es erklärlich, daß sie glauben konnte, ihr Zustand, der durch ärztliche Behandlung sich nicht gebessert hatte, könne durch einen Landaufenthalt mit reichlicher Milchkost, günstig beeinflußt werden, wie solches nach ärztlicher Anschauung unter Umständen bei Leiden, wie W. sie nach Feststellung des Dr. G. zu haben glaubte, auch tatsächlich nicht ausgeschlossen ist.

Daß W. diesen Versuch, durch einen Landaufenthalt Besserung zu erzielen, machen wollte, kann ihr um so weniger verdacht werden, als bei W. nach Angabe des Dr. G. zu Folge ihres Leidens eine Gemütsdepression und ein Angstgefühl mit dem Drange fortzukommen bestanden hat. Bei diesem Aufenthaltswechsel ärztliche Hilfe in S. in Anspruch zu nehmen, war der W. offenbar ferngelegen, da sich in S. kein Arzt befindet und die Aerzte in M. der W. nicht bekannt waren. W. glaubte ohne ärztliche Hilfe auskommen zu können, was auch weiter daraus hervorgeht, daß sie solche hier in der Zeit vom 3. bis 17. Juni 1908 und dann auch bis 30. Juni 1908 in S. nicht beansprucht hat. Erst die ganz plötzlich eingetretene, eiterige Zersetzung der Unterleibsgeschwulst hat dann am 30. Juni 1908 für W. die alsbaldige Hilfe der M. Aerzte notwendig gemacht, welche schon am 3. Juli zur Operation schreiten mußten.

Diese Notwendigkeit einer sofortigen Operation hat die W. völlig unerwartet getroffen, da sie über ihren Zustand nicht aufgeklärt war, dessen Kenntnis sie sicher veranlaßt haben würde, in Pflege ihrer Mutter in München verbleiben, woselbst ihr auch ärztliche Hilfe viel leichter und in größter Auswahl zu Gebote gestanden wäre. Es kann deshalb nicht angenommen werden, daß es sich bei W. um eine absichtliche Umgehung der Kassenhilfe gehandelt hat, sie ist vielmehr ohne ihr Verschulden in die Lage gekommen, die Hilfe eines Nichtkassenarztes in Anspruch nehmen zu müssen; hier war aber dann ein dringender Fall schon bei Beginn dieser Hilfe und auch weiterhin deshalb gegeben, weil W. nicht mehr transportfähig gewesen ist.

Da sonach die Ausnahmsbestimmung des § 26a Ziff. 2b KVG. hier zutrifft, ist die Ortskrankenkasse verpflichtet, die von Dr. B. in Rechnung gebrachten Kosten im amtsärztlich festgestellten Betrage zu 513,50 M. zu übernehmen.

Demgegenüber kann sich die Kasse auch nicht darauf berufen, daß W. zum Verlassen des Kassenbezirkes die Zustimmung des Kassenvorstandes nicht erholt habe, da eine Nichtbefolgung dieser statutarischen Vorschrift nur mit Ordnungsstrafen geahndet werden kann (§ 26a Ziff. 2a KVG. § 23 Abs. V u. VI der Statuten).

(Breithaupt II S. 20.)

Digitized by Google

Krankenversicherungspflichtiger Gewerbebetrieb (§ 1 KVG.) in einem Männerheim der Heilsarmee.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats vom 17. Februar 1913.

Paul W. war vom 4. Februar bis 26. April 1910 in dem von der Heilsarmee in Köln unterhaltenen „Heim für obdach- und arbeitslose Männer" untergebracht. Er wurde dort zunächst mit Papiersortieren und während der letzten 14 Tage als Portier beschäftigt. W. erhielt neben freier Kost und Wohnung, solange er mit Papiersortieren beschäftigt war, täglich 20 Pf. und als Portier wöchentlich 1,50 M. Am 26. April 1910 erlitt er einen Beinbruch und mußte seitdem bis zum 13. September 1910 von dem Ortsarmenverband durch Krankenhauspflege unterstützt werden. Der Ortsarmenverband fordert von der Ortskrankenkasse für die in stehenden Gewerbebetrieben usw. beschäftigten Personen die Erstattung der durch die Pflege des W. entstandenen Kosten. Die Kasse bestreitet das Vorliegen einer versicherungspflichtigen Beschäftigung. Der Bezirksausschuß zu Köln hat die Klage des Ortsarmenverbandes abgewiesen. Dagegen hat der Kläger Revision eingelegt. Das Oberverwaltungsgericht erachtete die Revision für begründet. Gründe:

Der Bezirksausschuß hält den Beweis nicht für geführt, „daß die Heilsarmee durch ihr Männerheim einen Gewerbetrieb unterhält". Dies kann aber nicht schon daraus gefolgert werden, daß die Heilsarmee im ganzen oder das von ihr in Köln unterhaltene Männerheim im besonderen Organisationen sind, die ausschließlich oder ganz überwiegend religiösen und humanitären Zwecken dienen, und daß es die Bestimmung des Männerheims ist, Alten eine Zuflucht zu bieten, die durch Unglück oder eigene Schuld vom rechten Wege abgeirrt sind. Auch solche Organisationen können ein Gewerbe betreiben. Sie tun dies, wenn und soweit sie eine gewinnbringende Tätigkeit fortgesetzt mit der Absicht der Gewinnerzielung, also um Ueberschüsse zu machen, ausüben. In welcher Weise diese Ueberschüsse Verwendung finden sollen und tatsächlich verwendet werden, ist unerheblich. Der Annahme eines Gewerbebetriebes stehts es insbesondere nicht entgegen, daß die Ueberschüsse ausschließlich zu wohltätigen oder gemeinnützigen Zwecken, im vorliegenden Falle also zur Unterhaltung des Männerheims selbst, Verwendung finden sollen, sowie gegebenenfalls, daß sie hierzu nicht ausreichen, und daß dazu noch andere Mittel, z. B. freiwillige Gaben usw. herangezogen werden müssen (vgl. Entsch. des Oberverwaltungsgerichts vom 17. Dezember 1901, Preuß. Verwaltungsbl., Jahrg. 24 S. 166, auch von Bitter, Handbuch der Verwaltung Bd. 1 S. 781, Arbeiterversorgung, Jahrg. 27 S. 540 und Jahrg. 26 S. 551). Es kommt allein darauf an, ob eine Tätigkeit fortgesetzt zum Zwecke der Gewinnerzielung ausgeübt wird. Nur dann könnte der in einem solchen Männerheim geleisteten Arbeit unter Umständen der Charakter einer gewerbsmäßigen Tätigkeit abgesprochen werden, wenn sie ausschließlich zu dem Zwecke und nur insoweit erfolgt, um den Asylisten eine Beschäftigung zu gewähren, um sie durch diese an eine geordnete Arbeit zu gewöhnen und um dadurch die erstrebten humanitären Zwecke zu erfüllen, und wenn demgegenüber die Tatsache der Gewinnerzielung völlig in den Hintergrund tritt und jedenfalls nicht, auch nicht einmal teilweise, Zweck der ausgeübten Tätigkeit ist. Daß die Sache im vorliegenden Falle so liegt, hat der Vorderrichter nicht näher begründet; es ist auch dem Akteninhalt nicht ohne weiteres zu entnehmen.

Rechtsirrtümlich ist auch die Ausführung des Bezirksausschusses, daß das fragliche Papiersortieren schon an sich kein Gewerbe, sondern allenfalls eine Vorarbeit für ein Gewerbe sei. Es kann darüber kein Zweifel bestehen, daß auch das Sortieren von Papier, wenn es fortgesetzt mit der Absicht der Gewinnerzielung geschieht, ein gewerbliche Tätigkeit ist. Zu Unrecht berücksichtigt der Vorderrichter ferner von den in dem Männerheim vorgenommenen Arbeiten allein das Papiersortieren. Denn in dem Männerheim wurden auch andere gewinnbringende Arbeiten ausgeführt, z. B. Holzzerkleinern, Gelegenheitsarbeiten usw.

Um festzustellen, ob es sich um einem Gewerbebetrieb handelt, muß auf die gesamte in dem Männerheim stattfindende Tätigkeit Rücksicht genommen werden. Jedenfalls fehlt es nach Lage der Akten an einem Anhalt dafür, daß es sich bei dem Papiersortieren um einen ganz abgesondert für sich bestehenden Betrieb handelt. Für die Gesamtheit der danach sich ergebenden, für Dritte gegen Entgelt geleisteten Arbeiten und gelieferten Erzeugnisse ist alsdann das Verhältnis der dafür aufgewendeten Selbstkosten zu den daraus erzielten Einnahmen zu ermitteln und danach zu prüfen, ob mit der Absicht der Gewinnerzielung gerechnet werden kann oder muß.

Der Annahme, daß ein Lohnarbeitsverhältnis zwischen dem Männerheim einerseits und den einzelnen aufgenommenen Personen andererseits in Frage kommt, steht auch der Umstand nicht entscheidend entgegen, daß die Aufgenommenen nach §§ 11 und 12 der Hausordnung zur Arbeit verpflichtet sind. Es steht den Asylisten frei, jederzeit das Männerheim zu verlassen. Wollen sie aber darin verbleiben, so müssen sie das vorgeschriebene Arbeitsverhältnis eingehen, also die ihnen übertragenen Arbeiten für den gewährten freien Unterhalt und die vorgesehene Geldentschädigung übernehmen. Das Arbeitsverhältnis beruht also auf der freien Entschließnng der Aufgenommenen. — Zu Unrecht sieht der Vorderrichter endlich die gewährte Geldentschädigung für so gering an, daß dabei von einem Lohne nicht

Digitized by Google

gesprochen werden könne. Denn nach § 1 Abs. 4 KVG. gilt als Lohn auch die Gewährung freier Wohnung und freien Unterhalts. Diese und die Barentschädigung zusammengenommen, können nicht ohne weiteres für so geringfügig angesehen werden, um nicht als Lohn gelten zu können.

Da die Vorentscheidung hiernach auf rechtsirrtümlichen Auffassungen beruht, unterliegt sie der Aufhebung. Bei freier Beurteilung erweist sich die Sache als nicht spruchreif und muß deshalb in die Vorinstanz zurückverwiesen werden. Der Vorderrichter wird unter Berücksichtigung der dargelegten rechtlichen Gesichtspunkte erneut zu prüfen haben, ob in dem Männerheim der Heilsarmee in Köln ein Gewerbe betrieben wird, ob es sich, was nach Lage der Sache dann allein in Betracht kommen dürfte, um einen stehenden Gewerbebetrieb handelt, und ob W. in diesem in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis stand. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß er zur Zeit seiner Erkrankung nicht mehr mit Papiersortieren beschäftigt war, sondern die Stelle eines Portiers wahrnahm. Es wird zu prüfen sein, ob es sich hierbei um eine Beschäftigung in dem gegebenenfalls festzustellenden Gewerbebetrieb handelte.

Anmerkung: Grundsätzlich im gleichen Sinne haben wir uns geäußert in Arb.-Versorg. 27 S. 540 Ziff. 14. — Die Entscheidung verliert zwar mit Ablauf dieses Jahres ihre Bedeutung insoweit, als es sich um die Frage der Beschäftigung in einem „Gewerbebetriebe" handelt. Dagegen bleibt sie wichtig für die Frage, ob eine Beschäftigung der bezeichneten Art als Beschäftigung „gegen Entgelt" anzusehen ist.

Zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit eines minderjährigen Arbeitgebers (§§ 82 a, 82 b KVG.).

Entscheidung des **Reichsgerichts**, 2. Strafsenats, vom 29. April 1913.

Der minderjährigen Angeklagten erwuchs daraus allein, daß sie der Krankenkasse als Arbeitgeberin gemeldet war, keine strafrechtliche Verantwortung für die Erfüllung der dem Arbeitgeber durch §§ 53 und 82 b KVG. auferlegten Verpflichtungen. Obgleich sie in Wahrheit die Arbeitgeberin war und durch ihren Vater vertreten wurde, so war sie rechtlich nicht in der Lage, den Vater in seiner Geschäftsleitung zu beaufsichtigen und mit ihrem Vorwissen begangene Gesetzesverletzungen zu verhindern, denn die Vertretung war eine gesetzliche, jeder Einwirkung durch die Vertretene rechtlich entzogen. Die Angeklagte hat nicht die Erfüllung ihrer Verpflichtungen dem Vater übertragen, sondern diese Pflichten lagen ihm als dem gesetzlichen Vertreter von Rechts wegen ob. Sie kann daher auch nicht aus dem Gesichtspunkt des § 82 a Abs. 2 als Täterin auf Grund des § 82 b in Betracht kommen.

(„Recht" 1913, Entsch. Nr. 1685.)

Anmerkung: Den §§ 82 a, 82 b KVG. entsprechen künftig die §§ 533, 534 RVO. Daß der gesetzliche Vertreter nicht kraft einer Uebertragung der Arbeitgeberpflichten, sondern unmittelbar als Arbeitgeber strafrechtlich verantwortlich ist, hat das Reichsgericht schon früher ausgesprochen (Entsch. in Strafs. 33 S. 261; vgl. auch § 536 RVO. sowie Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 20 Anm. 2 d zu § 13 RVO. und S. 700 Anm. 1 zu 534). Das schließt aber nicht aus, daß den Minderjährigen selbst aus besonderen Gründen die strafrechtliche Verantwortlichkeit treffen kann, nämlich dann, wenn er mit Ermächtigung des gesetzlichen Vertreters als Arbeitgeber tätig und nach allgemeinen Grundsätzen strafrechtlich verantwortlich ist (§§ 112, 114 BGB., §§ 56, 57 Str.GB.; Hahn, a. a. O. S. 702 Anm. zu § 536 RVO.

Die Ermächtigung eines Minderjährigen aus § 113 BGB. schließt auch die Ermächtigung zu einem Befreiungsantrage aus § 3 a KVG. ein.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 20. Januar 1913.

Durch Entscheidung des Bezirksausschusses ist die beklagte Landesversicherungsanstalt verurteilt worden, der klagenden Ortskrankenkasse die 139,65 M. zu erstatten, mit denen diese die in den Dienst der Beklagten getretene, damals sechszehnjährige Meta B. unterstützt hat. Der Verurteilung liegt die Feststellung zugrunde, daß die Beklagte sich der Meta B. gegenüber verpflichtet habe, ihr im Falle der Erkrankung die im § 6 des Krankenversicherungsgesetzes bezeichneten Leistungen zu gewähren, und daß Meta B. daraufhin rechtsgültig auf Grund des § 3 a KVG. die Befreiung von der Krankenversicherungspflicht bei der Klägerin beantragt und erlangt habe. Die Revision der Beklagten wurde für unbegründet erklärt. Gründe.

Die dagegen gerichtete Revision der Beklagten ist unbegründet. Die Annahme des Vorderrichters, daß der Befreiungsantrag der Meta B. rechtsgültig sei, stützt sich auf zwei selbständige, voneinander unabhängige Erwägungen, nämlich einmal, daß die B. zur Stellung des Befreiungsantrags der Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters nicht bedurft habe, weil sie durch den Antrag nur Vorteil erlangt habe, und zweitens, daß die B. von ihrem gesetzlichen Vertreter zum Abschluß des Mietvertrages mit der Beklagten ermächtigt worden sei, und dieser Vertrag die Verpflichtung der B. zur Stellung des Befreiungsantrags begründet habe.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die erste Erwägung zutreffend ist. Die Satzung der Klägerin liegt nicht vor, es ist daher nicht zu übersehen, ob die B. sich durch den Befreiungsantrag nicht des Anspruchs auf satzungsmäßige, über die Leistungen des § 6 KVG. hinausgehende Leistungen der Klägerin begeben und schon um deswillen nicht nur einen rechtlichen Vorteil erlangt hat, wie § 107 BGB. voraussetzt. Es kommt darauf nicht an, weil die zweite selbständige Erwägung des Vorderrichters seine Entscheidung trägt. Nach der eigenen Erklärung der Beklagten steht fest, daß Meta B. von ihrem Vater zur Eingehung des Dienstverhältnisses mit

Digitized by Google

der Beklagten ermächtigt worden ist. Daß der Bezirksausschuß dies Verhältnis als Mietvertrag bezeichnet — wobei ihm offenbar der Begriff „Dienstmiete" vorgeschwebt hat —, ist unerheblich. Ebenso unerheblich ist, ob die Ermächtigung sich auf den am 4. September 1909 zwischen der Beklagten und der Meta B. geschlossenen Vertrag bezogen hat. Nach § 113 BGB. genügt die seitens des gesetzlichen Vertreters den Minderjährigen erteilte Ermächtigung, „in Dienst oder Arbeit zu treten", um den Minderjährigen die unbeschränkte Geschäftsfähigkeit für solche Rechtsgeschäfte zu verleihen, „welche die Eingehung oder Aufhebung eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses der gestatteten Art oder die Erfüllung der sich aus einem solchen Verhältnis ergebenden Verpflichtungen betreffen". Danach war die B. sowohl ermächtigt, sich der Beklagten gegenüber zur Stellung des Befreiungsantrags aus § 3a KVG. zu verpflichten, wie auch diese Pflicht durch Stellung des Antrags zu erfüllen. Die Beklagte irrt, wenn sie meint, die auf den Befreiungsantrag bezügliche Abrede habe mit den Dienstleistungen nicht das mindeste zu tun, der Antrag betreffe nicht die aus dem Dienstverhältnis sich ergebenden Verpflichtungen, die entgegengesetzte Auffassung enthalte eine äußerliche Betrachtungsweise. Das Gegenteil ist zutreffend. Die auf die Befreiung bezügliche Abrede ist zwar kein wesensnotwendiger, aber doch auch kein willkürlich hinzugefügter, dem Wesen des Dienstvertrages fremder Bestandteil desselben. Durch diese Nebenabrede befreite die Beklagte sich von einer Zahlungspflicht die ihr als Dienstherrin sonst ohne weiteres kraft Gesetzes aus der Beschäftigung der B. erwachsen sein würde, nämlich der Pflicht, Krankenversicherungsbeiträge für sie zu zahlen. Nur aus dem Dienstverhältnis gewann die Beklagte die Berechtigung, die Krankenfürsorge für die B. zu übernehmen, denn abgesehen von dem Falle des § 18 JVG. — von dem hier kein Gebrauch gemacht worden — ist sie nach § 68 Abs. 3 JVG. an sich überhaupt nicht befugt, Krankenfürsorge auszuüben. Danach hat der Bezirksausschuß mit Recht den Befreiungsantrag der B. als rechtswirksam ohne Beitritt ihres Vaters anerkannt.

Anmerkung: Die Entscheidung ist nicht zweifelsfrei. Es sprechen erhebliche Bedenken dagegen die Ermächtigung eines Minderjährigen aus § 113 BGB. auch auf rechtsgeschäftliche Erklärungen im Gebiete des Reichsversicherungsrechts zu beziehen; vgl. Rosin II S. 23 Anm. 10, Hahn, Handb. der Krankenversicherung S. 194 Anm. 1a zu § 175 RVO., Entsch. des Bayr. VGH. in Arb.-Versorgg. 1909 S. 707. Mit diesen Bedenken hätte sich das Oberverwaltungsgericht auseinandersetzen sollen.

C. Zur Unfallversicherung.

Versicherung „anderer Dienste" im Sinne des § 3 GUVG. (§ 546 RVO.). Unbewußtes verbotswidriges Handeln schließt die Anwendung des § 3 nicht aus.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Januar 1913.

Die Klägerin hat als 14jähriges Lehrmädchen im Geschäft ihres Arbeitgebers schwere Brandwunden erlitten, als sie einer Verkäuferin, der sie unterstellt war, half, deren Ballhandschuhe mit Benzin zu reinigen. Es handelte sich hier also um einen Dienst, der nicht im Interesse des Unternehmers des Betriebs, in dem sie hauptsächlich beschäftigt war, geleistet wurde, sondern lediglich im Interesse eines Beauftragten des Unternehmers im Sinne der Vorschrift des § 3 GUVG. Aber auch auf solche Dienste kann sich diese Vorschrift, wie das Reichsversicherungsamt bereits ausgesprochen hat (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. I S. 225, Anm. 6c zu § 3 GUVG.) erstrecken. Denn auch der von einem Beauftragten zu einem privaten Dienst herangezogene Arbeiter kann sich oft wegen des Abhängigkeitsverhältnisses, in dem er zu dem Beauftragten seines Arbeitgebers steht, der ihm angesonnenen Tätigkeit nur auf die Gefahr hin entziehen, die Gunst seines Vorgesetzten zu verlieren oder sonst seine Stellung im Betriebe zu verschlechtern. Es erscheint deshalb billig, den Arbeiter auch bei derartigen Diensten der Versicherung zu unterstellen. Unter dem Zwange eines solchen Abhängigkeitsverhältnisses hat aber auch die Klägerin gehandelt, als sie der Verkäuferin beim Reinigen der Handschuhe half. Das ergibt ohne weiteres die Stellung, die sie als junges Lehrmädchen der erwachsenen Verkäuferin gegenüber im Geschäft hatte. Sie war den Verkäuferinnen unterstellt, hatte nicht nur ihren dienstlichen Weisungen nachzukommen, sondern konnte von ihnen auch zu persönlichen Dienstleistungen herangezogen werden. Dies sollte allerdings nur mit Genehmigung des Geschäftsinhabers oder des Geschäftsführers geschehen, es geschah aber auch ohne diese Genehmigung, und wie es den Lehrmädchen erging, wenn sie solche Dienste verweigerten, zeigt der Vorgang am Vormittage des Unfalltages. Als die Klägerin sich weigerte, das Benzin zum Waschen der Handschuhe für die Verkäuferin M. zu holen, wurde sie gescholten und „ungefälliges Balg" genannt. Danach würde es auch ganz erklärlich sein, wenn die Klägerin, wie die Verkäuferin M. behauptet, sich nachher selbst erboten hätte, beim Waschen der Handschuhe zu helfen, sie wollte eben den ungünstigen Eindruck, den sie am Morgen ge-

Digitized by Google

macht hatte, wieder verwischen. Auch das scheinbar freiwillige Anerbieten wäre mithin nur unter dem Drucke der durch den Betrieb für sie gegebenen Verhältnisse geschehen. Eine auf freiem Entschluß beruhende reine Gefälligkeitsleistung lag zweifellos nicht vor.

Die Klägerin hat nun aber ihre Dienste zu einer Handlung hergegeben, die von dem Arbeitgeber verboten worden war. Es bestand nicht nur das allgemeine Verbot, Privatangelegenheiten ohne vorherige Erlaubnis im Geschäft zu erledigen und Benzin in anderen als den allerdringendsten Fällen zu verwenden, sondern der Geschäftsinhaber hatte das Verbot am Morgen des Unfalltages noch einmal eindringlich wiederholt, als er die Verkäuferin M. beim Reinigen ihres Pelzes überrascht hatte. Bei dem letzten Vorgang ist die Klägerin nach der bestimmten eidlichen Aussage der Zeugin H. nicht zugegen gewesen. Daß sie nachher davon gehört hat, ist nicht erwiesen, sie bestreitet es. Das allgemeine Verbot hat die Klägerin wohl gekannt. Es ist aber offenbar nicht streng durchgeführt worden. Nach der Aussage der Zeugin H. hat sich namentlich die Verkäuferin M. nicht immer an das Verbot gehalten, sondern auch ohne Erlaubnis ihre Privatangelegenheiten im Geschäft erledigt und die Lehrmädchen dazu herangezogen. Das macht es sehr zweifelhaft, ob die Klägerin im vorliegenden Falle das volle Bewußtsein gehabt hat, daß ihre Hilfeleistung gegen ein vollgültiges Verbot des Arbeitgebers verstoße. Kann aber kein bewußtes Zuwiderhandeln gegen das Verbot festgestellt werden, so kann das verbotswidrige Handeln hier auch nicht die Anwendung des § 3 ausschließen (zu vgl. Handb. der Unfallversf. Bd. I S. 225, Anm. 6c zu § 3 GUVG.). Dem Rekurse der Beklagten ist deshalb der Erfolg versagt worden.

Zuständigkeit für Streitigkeiten über den Unfallzuschuß zum Krankengelde in der Uebergangszeit.

Entscheidung des **Badischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 18. März 1913.

Taglöhner P. K. von B. hatte im November 1912 gegen die Ortskrankenkasse M. wegen Verweigerung des Unfallzuschusses Beschwerde erhoben, die von der Arbeiterversicherungskommission M. am 7. Januar 1913 an den Vorsitzenden des Versicherungsamts M. abgegeben und von diesem mit Entscheidung vom 17. Februar 1913 zurückgewiesen wurde, weil der Beschwerdeführer vor Beginn der fünften Woche nach dem Unfall bereits von allen Unfallfolgen geheilt gewesen sei. Die Klage gegen diese Entscheidung wurde aus folgenden Gründen als unzulässig verworfen:

Die Klage war ohne Eingehen auf den materiellen Streitpunkt als unzulässig zu verwerfen, da die Zuständigkeit des Verwaltungsgerichtshofs zur Entscheidung über Streitigkeiten dieser Art seit dem 1. Januar 1913 nicht mehr gegeben ist. Für Streitigkeiten nach § 58 KVG. gilt allerdings gemäß § 83 der Verordnung des Ministeriums des Innern vom 31. Dezember 1912, den Vollzug der Reichsversicherungsordnung hinsichtlich der Versicherungsbehörden und der Unfallversicherung betr., die Regel, daß für die Zeit, bis die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherung in Kraft treten, der Vorsitzende des Versicherungsamts in gleicher Weise zur Entscheidung berufen ist, wie bisher die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse, während für die weiteren Rechtsmittel nicht die Instanzen der Reichsversicherungsordnung in Betracht kommen, vielmehr die früheren Instanzen zuständig bleiben. Nach dieser Regel wurde die Sache offensichtlich in der angefochtenen Entscheidung behandelt. Das bezeichnete Verfahren kann jedoch im vorliegenden Falle keine Anwendung finden, denn es ist zu beachten, daß der Anspruch des Klägers auf Gewährung von Unfallzuschuß (Krankengeldzuschuß) seinen Grund nicht in den Vorschriften über Krankenversicherung, sondern in denjenigen über Unfallversicherung hat. Nach Art. 3 der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912, betr. die Inkraftsetzung von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, wurden die Vorschriften des Dritten Buches (Unfallversicherung) und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung mit dem 1. Januar 1913 in Kraft gesetzt. Die Vorschriften über den Anspruch einer durch einen Betriebsunfall verletzten Person auf Unfallzuschuß und über das bei Streitigkeiten hierüber einzuhaltende Verfahren, die in den §§ 12 und 14 GUVG. vom 30. Juni 1900 in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. Juli 1900 gegeben waren, kamen somit gemäß Art .5 Einf.Ges. z. RVO. mit dem 1. Januar 1913 in Wegfall; es kann insbesondere von diesem Zeitpunkte ab § 14 GUVG., der die Zuständigkeiten für die Entscheidungen über Streitigkeiten aus § 12 des Gesetzes festsetzte, keine Anwendung mehr finden. Die Rechtslage ist vielmehr nach den zurzeit geltenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und der entsprechenden Vollzugsbestimmungen zu beurteilen. An Stelle des § 12 GUVG. ist seit 1. Januar 1913 der § 573 RVO. getreten, welche Bestimmung unter das Dritte Buch — Unfallversicherung — fällt und für den durch Unfall Verletzten unter bestimmten Voraussetzungen gleichfalls eine Ergänzung der Krankenhilfe durch Gewährung eines Zuschusses vorsieht. In § 1551 RVO. (im Sechsten Buch: Verfahren) ist weiter bestimmt, daß Anträge auf Leistungen der Krankenversicherung bei der Krankenkasse oder dem sonst Verpflichteten zu stellen sind und daß als Leistungen der Krankenversicherung auch die Leistungen der

Digitized by Google

Krankenkasse nach § 573 RVO. gelten. Auf § 1551 RVO. bezieht sich die Ziff. 5 der Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend Uebergangsbestimmungen für die Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung vom 10. Juli 1912; hiernach gilt für die Entscheidung über Ansprüche der in § 1551 RVO. bezeichneten Art das Verfahren, das im Sechsten Buch der Reichsversicherungsordnung für die Krankenversicherung vorgeschrieben ist. Durch die Bemerkungen in der Druckvorlage des Reichskanzlers an den Bundesrat Nr. 78 vom 25. Mai 1912 zum Entwurfe der Ziff. 5 wird außer Zweifel gestellt, daß hiernach vom 1. Januar 1913 ab zur Entscheidung über Ansprüche auf Grund des § 573 RVO. in erster Instanz gemäß § 1636 RVO. das Versicherungsamt zuständig ist, und zwar der Spruchausschuß, der in der Uebergangszeit nach Art. 8 Einf.Ges. z. RVO. zu bilden ist. Der Vorsitzende kann jedoch gemäß § 1657 RVO. in allen Sachen ohne mündliche Verhandlung eine Vorentscheidung treffen, vorbehaltlich der im § 1658 bezeichneten Rechtshilfe. Gegen nach § 1636 ergangene Urteile des Versicherungsamts ist gemäß § 1675 RVO. das Rechtsmittel der Berufung an das Oberversicherungsamt zulässig, das gemäß §§ 128, 1680 RVO. binnen einem Monat nach Zustellung der angefochtenen Entscheidung bei dem Versicherungsamt einzulegen ist. Der Kläger wurde vom Gerichtshof auf die Beschreitung des bezeichneten Wegs hingewiesen. Im Falle der Einlegung der Berufung wird es Sache des Oberversicherungsamts sein, zu beurteilen, welche Bedeutung dem Umstand beizumessen ist, daß die vorliegende Entscheidung nicht im Verfahren nach den §§ 1636 bzw. 1658 RVO. ergangen ist. (Zeitschr. f. bad. Verwaltg.)

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Versicherungsanstalt, die eine Invalidenrente gewährt hat, ist auch für die Entziehung der Rente zuständig, nach neuem wie nach altem Recht.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 23. August 1912.

Das Reichsversicherungsamt ist — vorbehaltlich einer instanziellen Entscheidung — der Ansicht, daß in der Frage, welche Versicherungsanstalt zur Entziehung der Invalidenrente (§ 1304) zuständig ist, die Reichsversicherungsordnung eine Aenderung des früheren Rechtszustandes nicht herbeigeführt hat. Allerdings gibt der Wortlaut der §§ 1630, 1633 in Verbindung mit den §§ 1626, 1637 RVO. zu Zweifeln Anlaß. Indessen kommt es hier weniger auf den Wortlaut des Gesetzes als auf die Absicht des Gesetzgebers an. Dieser hat es aber offenbar bei dem bisherigen Zustand belassen wollen. Es ist also nach wie vor diejenige Versicherungsanstalt, welche die Rente bewilligt hat, auch zur Entziehung zuständig. Sie bleibt es auch, wenn der Wohnort des Rentenempfängers wechselt (zu vgl. Rev.Entsch. 880, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1901 S. 198).

In dem Entwurfe des Gesetzes, in dem der Abs. 2 des § 1630 fehlte, war lediglich der bisherige Rechtszustand wiedergegeben. Das hebt die Begründung zur Reichsversicherungsordnung auf S. 494 besonders hervor. Dann ist auf den Antrag des Abgeordneten Dröscher der Abs. 2 des § 1630 in das Gesetz aufgenommen worden, der die Zuständigkeit der Versicherungsanstalt im Antragsverfahren regelt. Dabei hat der Antragsteller ausdrücklich bemerkt, daß der bisherige Zustand aufrecht erhalten werden sollte (zu vgl. Sten. Ber. 12. Legislaturperiode II. Session 1909/1911 S. 6998 A). Nun enthält zwar der § 1633 RVO die Vorschrift, daß für die Entziehung der Rente die §§ 1630 bis 1632 entsprechend gelten. Damit sollte aber offenbar nur die Art des Verfahrens, in der die Entziehung zu erfolgen hat, bezeichnet, dagegen nicht eine neue Zuständigkeit begründet werden. Denn Abs. 2 des § 1630 spricht lediglich von der Zuständigkeit im Antragsverfahren. Ein Antrag kommt im Entziehungsverfahren überhaupt nicht in Frage. Der Abs. 2 des § 1630 kann also, wenn er überhaupt für die Entziehung der Rente maßgebend sein soll, nur die Bedeutung haben, daß die Versicherungsanstalt, die im Antragsverfahren zuständig war, es auch im Entziehungsverfahren bleibt.

Für diese Auffassung sprechen auch durchschlagende praktische Erwägungen. Die Versicherungsanstalt, welche die Rente bewilligt, hat ein überwiegendes Interesse daran, daß bei Besserung der Verhältnisse die Rente wegfällt. Außerdem hat sie allein auf Grund ihrer Akten die erforderliche Sachkenntnis, um eine geeignete Ueberwachung vornehmen zu können. Bei wechselnder Zuständigkeit wäre eine erhebliche Mehrarbeit (Ersuchen, Aktenübersendung) zu leisten. Infolge der Bewegung der Bevölkerung würden sich je nach dem Wohnort die verschiedensten Versicherungsanstalten mit den Rentenempfängern beschäftigen müssen. Daß eine derartige Erschwerung des Geschäftsganges nicht vom Gesetzgeber beabsichtigt ist, liegt auf der Hand. Demgegenüber kann auch nicht darauf hingewiesen werden, daß der Wechsel der Zuständigkeit doch insofern von Vorteil sei, als nur die am jeweiligen Wohnort des Rentenempfängers zuständige Anstalt genügende Ueberwachungsorgane zur Verfügung

Digitized by Google

habe. Denn schon bisher sind die Versicherungsanstalten auch beim Wechsel des Wohnorts in der Lage gewesen, die Rentenempfänger auch außerhalb ihres Bezirkes überwachen zu lassen. Auch könnte von den Versicherungsanstalten vereinbart werden, daß die Ueberwachungsorgane der Versicherungsanstalt des Bezirkes einer anderen Anstalt auf Ersuchen zur Verfügung gestellt würden. Der Wechsel der Zuständigkeit würde also wesentliche Vorteile nicht bringen, die Entziehung der Rente aber erschweren.

Verletzung des Anspruchs auf richterliches Gehör, wenn beim Ausbleiben einer Partei verhandelt wird, obwohl sie sich rechtzeitig und ausreichend entschuldigt hat.

Revisionsentscheidung des **Bayr. Landesversicherungsamts** vom 11. Oktober 1912.

Martin A. hat gegen den Bescheid des Vorstandes der Landesversicherungsanstalt H. vom 13. Mai 1912, durch den sein Anspruch auf Invalidenrente abgelehnt worden war, die Berufung eingelegt und sie damit begründet, er sei wegen hohen Alters und Körperschwäche invalide; er hat hierbei gebeten, ihn durch den Schiedsgerichtsarzt untersuchen zu lassen. Nach Zustellung der Ladung zur Schiedsgerichtssitzung vom 17. Juli 1912 hat er am 14. desselben Monats eine am folgenden Tage bei dem Schiedsgericht eingelangte Eingabe durch die Gemeindeverwaltung eingesandt, inhaltlich deren er gerne in der mündlichen Verhandlung persönlich erscheinen würde, jedoch krankheitshalber hierzu nicht imstande sei. Das Schiedsgericht hat seine Berufung auf Grund der Akten, besonders eines bezirksärztlichen Gutachtens vom 22. April 1912 zurückgewiesen und am Schlusse bemerkt, A. hätte zu einer neuen ärztlichen Untersuchung im Termine Gelegenheit gehabt, habe diese jedoch trotz rechtzeitiger Benachrichtigung vom Termine nicht benutzt.

Aus dieser Begründung ergibt sich ein wesentlicher Mangel des Verfahrens, der in der von A. rechtzeitig und rechtsförmlich erhobenen Revision auch geltend gemacht ist. Die Spruchbehörden entscheiden zwar auch in Abwesenheit einer richtig geladenen Partei, wie sich aus § 1669 RVO. ergibt; die erschienene Partei hat aber den Anspruch auf richterliches Gehör (§ 1662). Entschuldigt nun eine Partei, nachdem sie schon in der Berufung um eine Untersuchung durch den Schiedsgerichtsarzt behufs wirksamer Begründung ihres Anspruches gebeten hat, ihr Nichterscheinen vor dem Schiedsgerichte rechtzeitig mit Krankheit, noch dazu durch Vermittlung der Gemeindebehörde, so liegt hierin mindestens andeutungsweise die Bitte um Terminsverlegung; wird diese in einem Falle, in dem die ärztliche Untersuchung bisher nur einmal stattgefunden hat und der Berufungsführer an einer zweiten Untersuchung ein dringendes Interesse hat, übergangen und noch dazu mit der dem Vorbringen der Eingabe widersprechenden Begründung, als habe der Kläger sein Nichterscheinen verschuldet, so verletzt dieses Verfahren sowohl die allgemeine Forderung des rechtlichen Gehörs, als auch die weitere einer vollständigen Aufnahme angebotener Beweise.

Ist ein Krankenkontrolleur „Gehilfe" oder „anderer Angestellter"? Wann ist eine Anwartschaft auf Ruhegeld „gewährleistet"?

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Hamburg** vom 17. Februar 1913.

Zwischen der Krankenkasse X. und einer Landesversicherungsanstalt herrscht Streit über die Versicherungspflicht des Krankenkontrolleurs S., der seit dem 1. Oktober über 2000 M. bezieht ev. darüber, ob ihm auf Grund eines Dienst- bzw. eines Pensionsvertrages die Anwartschaft auf ein Ruhegehalt im Sinne des § 1234 RVO. gewährleistet, er mithin versicherungsfrei ist. Das Versicherungsamt hat mit etwa folgender Begründung die Invalidenversicherungspflicht bejaht:

Mit Rücksicht auf die einfachen Aufgaben, die den Krankenbesuchern in der Hauptsache und im allgemeinen obliegen, kann das Versicherungsamt den S. nicht zu der Klasse der anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung rechnen. Es handelt sich vielmehr um niedere, lediglich ausführende Hilfsarbeiten, die jeder Mensch mit gesunden Sinnen, der lesen und schreiben kann, ausführen kann. Selbstverständlich müssen die Krankenbesucher ein gewisses Maß von Takt haben, auch müssen sie natürlich ein gewisses Geschick besitzen, um die nötigen Feststellungen machen zu können, endlich müssen sie auch die Krankenkontrollvorschriften kennen, die die Kasse für ihre erkrankten Mitglieder erlassen hat. Das alles sind aber Eigenschaften und Kenntnisse, die durch eine kurze praktische Erfahrung leicht zu erwerben sind und keineswegs ein höheres Maß geistiger Regsamkeit oder selbständigen Denkens erfordern, als die Tätigkeit von Gewerbegehilfen und im übrigen von anderen Arbeitsgehilfen niederer Art. Zum Beweise der gegenteiligen Ansicht nimmt der Vorsitzende der Kasse Bezug auf eine Schrift von A. K. über Krankenkontrolle. Die Darlegungen dieser Schrift sind ebensowenig wie andere Veröffentlichungen über die Aufgaben der Krankenkontrolleure geeignet, die Aufgaben der Krankenkontrolleure als außerordentlich schwierig und verantwortungsvoll hinzustellen und ihnen Pflichten und Aufgaben zuzuschreiben, denen sie in Wirklichkeit nicht gerecht werden können; wird ihnen doch in einer solchen Schrift die Aufgabe zugemutet, den Kranken hygienische Ratschläge zu erteilen. Aus dem

Digitized by Google

Bildungsgang und der früheren Berufsstellung des S. geht ebenfalls klar hervor, daß es sich hier um Arbeiten handelt, die keine bessere Vor- und Ausbildung und keine besonderen Kenntnisse erfordern, wie sie im allgemeinen die Angestellten auf sozial höherer Stufe aufweisen müssen. Die überaus günstigen Gehalts- und Versorgungsverhältnisse, die die Kasse ihren Krankenkontrolleuren eingeräumt hat, bieten aber keinen Anhalt für die Annahme, daß es sich hier um mehr als eine niedere Hilfsarbeit handelt. Auf die Art und den objektiven Wert der Tätigkeit selbst aber kommt es bei Prüfung der versicherungsrechtlichen Frage in erster Linie an, ob eine Person als Gehilfe im Sinne der Ziff. 1 oder als sonstiger Angestellter im Sinne der Ziff. 2 des § 1226 Abs. 1 RVO. anzusehen ist. S. ist somit trotz seines 2000 M. übersteigenden Jahresarbeitsverdienstes als Gehilfe anzusehen. Denn auch die weitere Frage, ob S. versicherungsfrei ist, ist zu verneinen. Nach § 1234 RVO. sind zwar nunmehr versicherungsfrei die Angestellten von Krankenkassen, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld ... gewährleistet ist. Bei Personen in kündbarer Stellung kann aber eine Anwartschaft nur dann als gewährleistet angesehen werden, wenn das Kündigungsrecht des Arbeitgebers in solcher Weise und solchem Maße beschränkt ist, daß die Entlassung aus dem Dienste und damit der Verlust der Pensionsanwartschaft ein ebenso seltenes Vorkommnis sein wird, wie die Entlassung eines Staatsbeamten im Disziplinarwege. Bei den bestehenden Kündigungsvereinbarungen aber, insbesondere bei dem freien Entlassungsrecht des Vorstandes nach den Vorschriften des § 626 BGB., sowie für den Fall der Zuwiderhandlung gegen die Bestimmungen der Dienstordnung kann davon keine Rede sein.

Die hiergegen eingelegte Beschwerde wurde vom Oberversicherungsamt wie folgt verworfen:

Mit Recht führt die Vorinstanz aus, daß es sich um niedere Hilfsarbeiten handelt, die leicht zu erlernen sind und kein höheres Maß geistiger Regsamkeit oder selbständigen Denkens erfordern. Es mag noch hinzugefügt werden, wie die persönliche Abhängigkeit der Krankenbesucher vom Auftraggeber sich insbesondere auch darin zeigt, daß ihnen jeden Morgen die einzelnen, tagsüber auszuführenden Aufträge im Bureau zugeteilt werden. Zutreffend erscheint auch die Auffassung der Vorinstanz, daß es bei Prüfung der hier zu entscheidenden Frage nicht sowohl auf die den Krankenkontrolleuren eingeräumten, überaus günstigen Gehalts und Versorgungsverhältnisse, als vielmehr auf die Art und den objektiven Wert der Tätigkeit selbst ankommt.

Auch bezüglich der weiteren Frage, ob S. etwa versicherungsfrei ist, schließt sich das Oberversicherungsamt der Vorinstanz an. Die Behauptung der Beschwerdeführerin, die Bestimmungen des Dienstvertrages, die von der Vorinstanz als Hinderungsgrund der Anwendbarkeit des § 1234 RVO. angeführt wären, seien ohne weiteres durch den Pensionsvertrag vom 24. Dezember 1908 außer Kraft gesetzt, trifft keineswegs zu. Man wird zu unterscheiden haben zwischen dem Dienstvertrage vom 10. September 1912, dem als integrierender Teil die Dienstordnung vom 1. Februar 1900 zugrunde liegt, und dem Dienstvertrag vom 24. Dezember 1908. Mit Recht weist die Landesversicherungsanstalt in ihrer Rückäußerung auf die Beschwerdeschrift darauf hin, daß der Pensionsvertrag natürlich nur Anwendung finden kann, falls S. zur Zeit seiner Pensionierung noch in den Diensten der Beschwerdeführerin steht. Für die Frage der Kündigungsmöglichkeiten aber scheidet der Pensionsvertrag völlig aus. Ueber diese entscheidet lediglich der Dienstvertrag vom 10. September 1912. Der Vertrag aber gibt der Beschwerdeführerin im § 3 das Recht, S. nach den allgemeinen Vorschriften des § 626 BGB. sowie nach den Bestimmungen des Dienstvertrages ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu entlassen. Nur als singuläre Beispiele für Uebertretungen von Vorschriften, die die sofortige Entlassung nach sich ziehen, werden in der Dienstordnung wiederholte Trunkenheit oder widerspenstiges Benehmen gegen die direkten oder indirekten Vorgesetzten angeführt, jedoch würden auch Uebertretungen der übrigen Vorschriften einen gleichen Erfolg haben können. Bei dieser Sachlage nimmt die Vorinstanz mit Recht an, daß bei einem derartig freien Entlassungsrecht des Kassenvorstandes eine Anwartschaft auf Ruhegehalt nicht gewährleistet ist. Der Hinweis der Beschwerdeführerin auf § 354 RVO. ist verfehlt, denn die Vereinbarungen über das Kündigungsrecht der Kasse stellen den S. schlechter als wie er mangels einer Vereinbarung nach bürgerlichem Recht gestellt sein würde. Es ergibt sich dieses daraus, das für das Entlassungsrecht der Kasse ohne Einhaltung einer Kündigung außer § 626 BGB. hier auch noch die Bestimmungen der Dienstordnung gelten sollen. Die Beschwerde war somit zu verwerfen. (Breithaupt II S. 52.)

Anmerkung: Zu vgl., bezüglich der Versicherungspflicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetz, unsere Auskunft in Arb.-Versorgg. 1912 S. 760 Ziff. 12.

Digitized by Google

E. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht der Krankenkassenangestellten.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 2. Juni 1913 (HMBl. S. 442).

Im Anschluß an den Erlaß vom 21. Dezember 1912 (HMBl. 1913 S. 9) übertrage ich auf Grund des § 320 AVG. vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) die Entscheidungen darüber, ob für die Angestellten der Krankenkassen eine Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten in dem nach § 9 des Gesetzes erforderlichen Mindestbetrag als gewährleistet anzusehen ist, den Regierungspräsidenten (für den Stadtkreis Berlin dem Oberpräsidenten).

Die Prüfung hat für die Zeit vom 1. Januar 1913 ab zu erfolgen. Als gewährleistet kann die Anwartschaft nur bei denjenigen Angestellten der Krankenkassen angesehen werden, denen nach § 359 Abs. 4 RVO. die Rechte und Pflichten von Beamten übertragen werden. Dabei haben die für Gemeindebeamte geltenden Grundsätze entsprechende Anwendung zu finden.

Die zurzeit bei den Krankenkassen angestellten Personen unterliegen hiernach, soweit sie unter § 1 AVG. fallen, der Versicherungspflicht nach diesem Gesetze.

Es bleibt den Kassen überlassen, mit ihren der Versicherungspflicht unterworfenen Angestellten, soweit sie bereits mit Anspruch auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten angestellt sind oder Aussicht auf eine derartige Anstellung haben, eine Vereinbarung dahin zu treffen, daß

1. die Angestellten und ihre Hinterbliebenen verpflichtet sind, sich die Bezüge an Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte, auf die ihnen gegenüber der Kasse zustehenden gleichartigen Bezüge in voller Höhe, oder doch entsprechend den von der Kasse geleisteten Beiträgen, anrechnen zu lassen, und
2. die Angestellten verpflichtet sind, bei Eintritt der Versicherungsfreiheit gemäß § 9 die auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte erworbenen Anwartschaften durch Zahlung der Anerkennungsgebühr (§§ 49, 172 Abs. 2) aufrecht zu erhalten.

F. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Kein Entschädigungsanspruch des Verletzten bei eigenem Verschulden durch sinnlose Trunkenheit.

Entscheidung des **Reichsgerichts**, 6. Zivilsenats, vom 16. Januar 1913.

Das Berufungsgericht hat als bewiesen angesehen, daß der Kläger sich durch Zusichnahme alkoholhaltiger Getränke in einen derartigen Zustand der Betrunkenheit und der Schwächung seiner Sinne versetzt habe, daß er unfähig gewesen sei, sich in dem erleuchteten, ihm auch von früheren Besuchen her hinlänglich bekannten Hausflur des Hauses des Beklagten zurechtzufinden und die Warnung des Sohnes des Beklagten, der ihn unter dem Zurufe, das sei ja die Kellertür, am Rocke zurückzuziehen versuchte, zu verstehen. Wenn das Berufungsgericht in diesem Verhalten des Klägers eine Fahrlässigkeit erblickt hat, so ist diese Annahme rechtlich nicht zu beanstanden. Der Hinweis der Revision, daß der Kläger nur wenig Alkohol, nämlich nur vier kleine Glas Pilsener Bier und eine für ihn besonders angesetzte Bowle, zu sich genommen hatte, ist unerheblich. Der Kläger wußte, daß er alkoholische Getränke nicht vertragen konnte, er mußte also besondere Aufmerksamkeit darauf verwenden, daß er nicht mehr trank, als er ohne erhebliche Beeinträchtigung seines Bewußtseins vertragen konnte. Wenn er sich gleichwohl in den vom Berufungsgericht festgestellten Zustand versetzt hat, so hat er fahrlässig gehandelt und trifft ihn für die Folgen der von ihm in diesem Zustande begangenen Handlungen nach § 827 BGB. die Verantwortlichkeit in gleicher Weise, als wenn ihm bei der Vornahme der Handlungen Fahrlässigkeit zur Last fiele.

(„Recht" 1913, Entsch. Nr. 1589.)

Sind juristische Personen verpflichtet, einer Zwangsinnung anzugehören?

Verordnung des **Kgl. Sächs. Ministeriums des Innern** vom 1. April 1913.

Das Ministerium des Innern verkennt nicht, daß seither überwiegend die Auffassung vertreten worden ist, daß juristische Personen, zu denen die Gesellschaften mit beschränkter Haftung nach § 13 Abs. 1 des Gesetzes, betreffend die Gesellschaften mit beschränkter Haftung, unzweifelhaft zu rechnen sind, nicht verpflichtet seien, einer Zwangsinnung anzugehören, und es ist anzuerkennen, daß für diese Ansicht die Wortfassung einzelner einschlagender gesetzlicher Bestimmungen, auf die in dem in der Entscheidung des Stadtrates zu L. angezogenen Kommentar zur Gewerbeordnung von Landmann, 4. Aufl., verwiesen ist, erhebliche Anhalts-

Digitized by Google

punkte bietet. Die Rechtslage ist hiernach eine solche, daß jedenfalls kein Anlaß besteht, im Aufsichtswege einzuschreiten, wenn sich im vorliegenden Falle der Stadtrat zu L. in seiner Entscheidung sowie auf die hiergegen von der Photographen-Zwangsinnung zu L. erhobene Beschwerde auch die Kreishauptmannschaft in der Entscheidung, die nach § 100 h GewO. einem weiteren Rechtsmittel nicht unterliegt, jener Auffassung angeschlossen haben.

Ueber die eingangs bezeichnete Frage sind indessen neuerlich von der Geschäftsstelle des deutschen Handwerks- und Gewerbekammertages Untersuchungen angestellt worden, aus deren Ergebnis in einer an den Staatssekretär des Reichsamts des Innern gerichteten und im laufenden Jahrgange des Deutschen Handwerksblattes S. 45 ff. abgedruckten Eingabe allerdings gefolgert wird, daß schon der jetzige Wortlaut der einschlagenden Gesetzgebung dazu geeignet sei, auch die juristischen Personen dem Titel VI GewO. zu unterstellen. Die Kreishauptmannschaft wird, falls sich der Anlaß zu einer Entscheidung der vorliegenden Art wiederholen sollte, nicht umhin können, die in dieser Eingabe dargelegten Gesichtspunkte einer Prüfung zu unterziehen.

Anmerkung: Die Entscheidung ist versicherungsrechtlich wichtig wegen der Zugehörigkeit der Beschäftigten zu einer etwa bestehenden Innungskrankenkasse.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur künftigen Gestaltung des Kassenwesens in Köln a. Rh.

Im Bezirk der Stadt Köln a. Rh. hat nur eine Ortskrankenkasse mit rund 500 Mitgliedern keinen Antrag auf Zulassung gestellt, während die übrigen 15 Ortskrankenkassen den Antrag auf Zulassung rechtzeitig gestellt haben. Es sind Kassen verschiedenster Größe, zwischen etwa 300 bis etwa 29000 Mitglieder und zusammen 93518 Mitglieder nach dem Stande vom Jahre 1912 umfassend. Mehrere von ihnen haben auch, je für ihren Bezirk (es sind bekanntlich auch „Vorortskassen" darunter), den Antrag auf Ausgestaltung zu allgemeinen Ortskrankenkassen gestellt.

Nachdem mehrfache Anregungen auf Verschmelzung dieser Kassen im Wege freiwilliger Vereinigung zur Beseitigung der stark zersplitterten Ortskrankenkassenverhältnisse ergebnislos waren, hat die Stadtverordnetenversammlung der Stadt Köln von dem ihr durch die Reichsversicherungsordnung eingeräumten Vorrecht Gebrauch gemacht, eine allgemeine Ortskrankenkasse für den gesamten Stadtbezirk neu zu errichten. Infolge dieses Beschlusses der Stadtverordneten vom 30. Januar 1913 entfielen sämtliche Anträge auf Ausgestaltung zu allgemeinen Ortskrankenkassen als unvereinbar mit dieser Neuerrichtung, die den ganzen Stadtbezirk umfaßt.

Das Versicherungsamt der Stadt Köln hat sich aber im Interesse der Versicherten und möglichster Entfaltung der Leistungsfähigkeit der neuen allgemeinen Ortskrankenkasse auch gegen die Zulassung sämtlicher bestehenden Ortskrankenkassen ausgesprochen. Das Oberversicherungsamt hat nur zwei Kassen mit rund 18000 und 9000 Mitgliedern zugelassen, die Anträge der übrigen dagegen durch gleichlautende Beschlüsse mit folgender Begründung zurückgewiesen: „Zur Frage der ‚Zulassung' der Kassen wird bemerkt, daß zweifellos der Bestand und die Leistungsfähigkeit der neuen Kasse durch die Zulassungen gefährdet werden würde. Die bestehenden Kassen umfassen sämtliche Ortskrankenkassenpflichtigen. Der neuen allgemeinen Ortskrankenkasse würde es somit — abgesehen von den nach der Reichsversicherung neu hinzutretenden Versicherten — überhaupt an bisher ortskrankenkassenpflichtigen Mitgliedern fehlen. Die neue Kasse muß aber naturgemäß als allgemeine Ortskrankenkasse in erster Linie die Allgemeinheit der Versicherungspflichtigen möglichst umfassen. Die bestehenden Ortskrankenkassen in Großstädten können sich dabei nicht darauf berufen, daß nach § 240 Nr. 1 RVO. bereits Kassen mit 250 Mitgliedern als besondere Ortskrankenkassen zugelassen werden können. Diese Mindestzahl bezieht sich erklärlicherweise auf kleinste Verhältnisse, wie solche insbesondere auf dem platten Lande, zumal im Osten der Monarchie vorkommen. Es sollen Kassen, die selbst eine so geringe Mitgliederzahl nicht erreichen, unter allen Umständen ausgeschlossen werden. Das ist der nächstliegende Sinn dieser Bestimmung. Aehnlich ist für den vorliegenden Fall die Bestimmung des § 242 RVO. aufzufassen. In Großstädten überschreiten die bestehenden Ortskrankenkassen mit ihren Tausenden von Mitgliedern diese Mindestzahl durchweg weit und auch in Köln sämtlich. Eine für die Versicherten ersprießliche Neuorganisation, wie sie die Reichsversicherungsordnung mit der Neuerrichtung von allgemeinen Ortskrankenkassen im Auge hat, wäre somit gerade in den bedeutendsten Großstädten überhaupt ausgeschlossen, wenn die Frage des Fortbestandes der bisherigen Kassen hier weitgehend in den Vordergrund gerückt würde. Der Maßstab muß hier ein größerer sein. Die bestehenden Kassen sind in bezug auf ihre Sonderexistenz nicht Selbstzweck! Die neue Kasse muß in erster Linie freie Bahn zur Entfaltung ihrer Leistungsfähigkeit erhalten, sie soll das größere einheitliche Kassengebilde abgeben und nicht nur gewissermaßen unter dem Namen einer allgemeinen Ortskrankenkasse ins Leben treten. Erste Rücksicht bleibt das Interesse der Gesamtheit der Versicherten, deren eigene Notlage wie die ihrer Angehörigen in Krankheitsfällen die Reichsversicherungsordnung durch erweiterte Fürsorge und erhöhte Leistungen der Kassen möglichst zu lindern beabsichtigt § 180, §§ 185—205 RVO. Dieser durchaus zeitgemäße und für die Versicherten segensreiche Fortschritt sozialer Fürsorge findet in großen Kassen gedeihlichere Förderung und darf nicht durch den Partikularismus der bestehenden Kassen soweit beengt werden, daß die Leistungsfähigkeit der als führend vom Gesetz gedachten Kasse auch hinsichtlich möglichst erhöhter Anforderungen gefährdet wird. Dabei kann die Frage einer weiteren Verwendung der Angestellten der zu schließenden Kasse von seiten der neuen allgemeinen Ortskrankenkasse in wohlwollender Weise eine befriedigende Lösung finden, zumal der Bedarf an geschulten und erfahrenen Kräften bei der neuen Kasse, die bereits am 1. Januar 1914 wirksam sein soll, dringlich ist.

Die neuen einheitlichen allgemeinen Ortskrankenkassen

Digitized by Google

in Großstädten werden und müssen die gesetzlichen Regelleistungen bei guter und sachlicher Verwaltung ohne Schwierigkeiten weit hinter sich lassen, wenn ihre Leistungsfähigkeit von vornherein unbedingt gesichert wird. Sie sollen nach § 240 Nr 3 RVO. ja auch den Gradmesser bilden für die einzelnen bestehen bleibenden Kassen, die gesetzlich durch §§ 240 Nr. 3, 261 RVO. gezwungen sind, ihre Leistungen denen der allgemeinen Ortskrankenkasse gleichwertig zu gestalten. Dies hat zur Folge, daß volle Leistungsfähigkeit im erweiterten Sinne insbesondere in den Großstädten beiderseits — sowohl bei der neuen allgemeinen Ortskrankenkasse wie bei den bestehen bleibenden Kassen — unbedingt gewährleistet sein muß. Die kleineren und mittleren von den vorgenannten 15 Kassen müssen daher in Köln ohne weiteres in Fortfall kommen. Dabei fällt mit ins Gewicht, daß die Vorortkassen zu Nr. 7 bis 15, welche die Gesamtheit der bisher Ortskrankenkassenpflichtigen in ihren Bezirken bereits umfassen, den örtlichen Bereich der neuen allgemeinen Ortskrankenkasse sehr ungünstig durchbrechen würden. Da sie sämtliche Ortskrankenkassenpflichtigen bereits umfassen, so stellen sie sich überhaupt nicht als zulassungsfähige Kassen im Sinne des § 239 RVO. dar. Danach sind zulassungsfähig nur die für ein oder mehrere Gewerbe oder Betriebsarten bestehenden Kassen. Die genannten Kassen sind tatsächlich gemeinsame Ortskrankenkassen und müssen schon dieserhalb der neuen allgemeinen Ortskrankenkasse weichen. Die Kassen der Altstadt zu Nr. 1, 3 und 6 aber würden unnötigerweise die in der beteiligten Bevölkerung beklagten Schäden der Zersplitterung nur weiter tragen.

Was die Frage nach dem Risiko der Kassen anlangt, so ist folgendes zu bemerken: Die Stadt Köln weist außer neun Innungskrankenkassen mit rund 8000 Mitgliedern ein entwickeltes Betriebskassenwesen in 65 Kassen mit rund 42000 Mitgliedern auf. Diese Kassen enthalten im allgemeinen die besten Risiken. Würden die in den bestehenden Ortskrankenkassen derzeit befindlichen, nach den Betriebskrankenkassen zunächst besseren Risiken durch die überwiegende Zulassung dieser Kassen dauernd der neuen Ortskrankenkasse entzogen, so wäre sie nur auf die ihr restlich verbleibenden schlechtesten Risiken angewiesen, bei denen Hospitalpflege häufig eintritt.

Angesichts dieser Verhältnisse können daher zur Vermeidung der Gefährdung der Leistungsfähigkeit der neuen allgemeinen Ortskrankenkasse weitere Ortskrankenkassen als die beiden Kassen ‚Vereinigte Ortskrankenkasse der Handwerker' (z. Z. rund 18000 Mitglieder) sowie die ‚Ortskrankenkasse für die in Fabriken beschäftigten Personen' (z. Z. rund 9000 Mitglieder) nicht zugelassen werden.

Die Zulassung der größten in Köln bestehenden Kasse, der Ortskrankenkasse für die in stehenden Gewerbebetrieben usw. beschäftigten Personen mit rund 29000 Mitgliedern ist schon aus anderweiten rechtlichen Gründen, wie sie in dem an diese Kasse gerichteten besonderen Bescheide des näheren dargelegt sind, nicht angängig."

Wie wir vernehmen, wird die zuletzt erwähnte Kasse sich bei dem Bescheide beruhigen, während die übrigen Ortskrankenkassen, die der Schließung verfallen sollen, Beschwerde bei dem Handelsminister erhoben haben. Auch wer — wie wir — im allgemeinen eine durchgreifende Zentralisation befürwortet, wird Bedenken gegen den Bescheid des Oberversicherungsamts nach der Lage des Gesetzes nicht abweisen können. Wir wollen hierauf, solange die Sache bei der zuständigen Instanz schwebt, nicht näher eingehen und nur die sofort erkennbaren Mängel des ablehnenden Beschlusses kurz kennzeichnen. Weshalb die künftige allgemeine Ortskrankenkasse mit den ihr nach der Reichsversicherungsordnung ohne weiteres zufallenden neuen Versicherungspflichtigen, bei Hinzutreten der 29000 Mitglieder der Kasse für stehende Gewerbe, doch noch sogar in ihrem Bestande gefährdet sein soll, entbehrt jeder Begründung. Was die Gefährdung der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse betrifft, so vermißt man jede ins einzelne gehende Darlegung der Kassenverhältnisse, die doch unerläßliche Voraussetzung für den Nachweis solcher Gefährdung wäre. Es scheint doch, daß die allgemeine Ortskrankenkasse mit jenem ihr schon von vornherein gewährleisteten Mitgliederbestande und mit dem ihr zufallenden Vermögen der zu schließenden Kasse für stehende Gewerbe weitaus die stärkste und leistungsfähigste, die „führende" und vorbildliche Ortskrankenkasse des Bezirks bleiben würde; und wenn dies nicht zuträfe, so fehlt doch jeder Nachweis, daß und weshalb „nur" jene zwei auserwählten Kassen und nicht noch eine ganze Reihe anderer zugelassen werden können, ehe ernstlich von einer wirklichen „Gefährdung" der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse die Rede sein kann.

Man darf dem Ausgange des Streites mit großem Interesse entgegensehen.

Einlegung von Rechtsmitteln an Kaisers Geburtstag.

Wo infolge einer Dienstanweisung bei Behörden die Briefannahme an Kaisers Geburtstag vorzeitig — bei den Berliner Gerichten mittags um 1 Uhr — geschlossen wird, werden die Beteiligten durch diese Maßnahme unter Umständen verhindert, noch nachmittags zur Einhaltung einer Rechtsmittelfrist einen Schriftsatz anzubringen. In einem Falle dieser Art ist von dem zuständigen Gerichte mit Recht Wiedereinsetzung in den vorigen Stand auf Grund der §§ 233 ff. ZPO. gewährt worden. In gleicher Weise würde auch auf dem Gebiete des Versicherungsrechts nach §§ 131 ff. RVO. zu urteilen sein. Mit Grund aber weist Rechtsanwalt Lissner in der Deutschen Juristenzeitung 1913 Sp. 695 darauf hin, daß den Beteiligten besser gedient wäre, „wenn, anstatt sie auf den zweifelhaften Umweg der Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu verweisen, die allgemeine Dienstanweisung dahin geändert würde, daß die Briefannahme an Kaisers Geburtstag nicht früher als an Werktagen geschlossen wird. Die Gleichstellung von Kaisers Geburtstag mit den Sonn- und Feiertagen in bezug auf den Schluß der Briefannahme findet im Gesetz keine Stütze, denn eine an einem Sonntag oder einem allgemeinen Feiertag ablaufende Frist endigt erst mit Ablauf des nächstfolgenden Werktages (§ 222 Abs. 2 ZPO.), während eine an Kaisers Geburtstag ablaufende Frist wie eine an jedem anderen Werktage ablaufende am selben Tage endigt. Der vorzeitige Schluß der Briefannahme, der für die Sonn- und Feiertage durchaus am Platze ist, weil er die Rechte des Publikums in keiner Weise zu beeinträchtigen geeignet ist, bedeutet hiernach für Kaisers Geburtstag eine Verkürzung der Rechtsmittelfrist um einen halben Tag. Hierzu bietet die patriotische Bedeutung des Tages keinen ausreichenden Anlaß, denn das Gericht muß wie die Post in erster Linie den Interessen des Publikums dienen, die Post aber kennt keinen früheren Schluß an Kaisers Geburtstag. Deshalb erscheint eine Aenderung der allgemeinen Dienstanweisung in diesem Punkte geboten.

Noch zweckmäßiger wäre eine Aenderung der Zivilprozeßordnung dahin, daß im Falle der Uebersendung der Rechtsmittelschrift durch eingeschriebenen Brief die Frist bereits mit der Aufgabe zur Post gewahrt ist. Bei den räumlichen Entfernungen in den Großstädten ist es namentlich den Anwälten, wenn sie in letzter Stunde den Auftrag zur Einlegung eines Rechtsmittels erhalten, nicht mehr möglich, die Rechtsmittelschrift noch vor Schluß

Digitized by Google

der Briefannahme bei Gericht einzureichen. Würde aber die Rechtsmittelfrist bereits mit der Aufgabe des Einschreibebriefes zur Post gewahrt werden, so wäre es noch bis zum Postschluß möglich, das Rechtsmittel einzulegen. Hierin läge eine wesentliche Erleichterung für das Publikum, die mit dem staatlichen Interesse an der Rechtzeitigkeit des Rechtsmittels wohl verträglich ist. Ihre baldige Einführung ist daher zu empfehlen.

Was von den Rechtsmitteln gilt, muß auch von den Rechtsbehelfen, wie Einspruch und Widerspruch gegen den Zahlungsbefehl, sowie von den rechtswahrenden Erklärungen, wie Klage und Antrag auf Erlaß eines Zahlungsbefehls, gelten, sofern durch sie eine Frist gewahrt oder die Verjährung unterbrochen werden soll. Die gleichen Aenderungen wären auch für den Strafprozeß und das Verwaltungs- und Versicherungsstreitverfahren zu empfehlen."

Die neue Regelung der frühzeitigen Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften löst mancherlei Beschwerden aus. Während nach § 76 c KVG. die Krankenkasse in Fällen dieser Art an die Berufsgenossenschaft nur das Krankengeld zu erstatten hatte, das dem Erkrankten zustand, die Krankenpflege also auf Kosten der Genossenschaft gewährt wurde, hat die Kasse jetzt nach § 1513 Abs. 2 RVO. in Höhe des vollen Anspruchs des Kranken Ersatz zu leisten, also auch für die Krankenpflege, und zwar für diese in Höhe von drei Achtel des Grundlohns. Die Neuerung beruht auf einem Beschlusse der Kommission, der sich an eine Bestimmung des Vorentwurfs anlehnt und in der Begründung zu diesem (S. 126) damit motiviert war, daß ein wirksames Heilverfahren — d. h. die Bereitwilligkeit der Berufsgenossenschaften, ein solches frühzeitig einzuleiten — durch reichlichere Bemessung des Kostenersatzes begünstigt werden solle. Es war aber zugleich an derselben Stelle betont, daß die Kasse grundsätzlich von der Uebernahme des Heilverfahrens durch den anderen Versicherungsträger keinen Schaden und keinen Nutzen haben solle (Komm.-Ber. V S. 10).

Niemand wird verkennen, daß die frühzeitige Uebernahme des Heilverfahrens in vielen Fällen sehr sachgemäß und wünschenswert ist, wenn nämlich davon eine gründlichere Beseitigung oder Minderung der Unfallfolgen erwartet werden kann und wenn dadurch ein für den Heilerfolg nachteiliger Wechsel der ärztlichen Behandlung vermieden werden soll. Aber es wird behauptet, daß die Anregung, die in der reichlicheren Bemessung des Kostenersatzes liege, mitunter zu kräftig wirke und manche Berufsgenossenschaften veranlasse, auch in Fällen, in denen ein sachlich hinreichender Grund nicht vorliegt, das Heilverfahren vor der 14. Woche zu übernehmen. Die Kassenärzte beklagen sich darüber, daß sie auf diese Weise — keinesfalls zum Vorteil, sondern eher zum Schaden der Krankenkassen — grundlos vorzeitig ausgeschaltet werden (vgl. z. B. Nr. 12 und Nr. 13 der „Medizinischen Reform", 1913). Wir können die tatsächlichen Angaben, die, im Falle der Richtigkeit, die Klage über einen Mißstand natürlich rechtfertigen würden, nicht nachprüfen. Unbedingt berechtigt ist dagegen eine andere Beschwerde, die von Krankenkassen erhoben wird („Volksf. Zeitschr." Nr. 12 von 1913). Ganz abgesehen davon, daß auch die Kassen darüber klagen, daß die Berufsgenossenschaften nicht selten in ungeeigneten Fällen von den Ermächtigungen aus § 1513 Gebrauch machen, so sind die Kassen durch die Verpflichtung, drei Achtel des Grundlohns für Krankenpflege zu erstatten, tatsächlich in allen Fällen, mag die Uebernahme durch die Berufsgenossenschaft sachlich gerechtfertigt sein oder nicht, empfindlich geschädigt, wenn sie fixierte Kassenärzte haben oder ihre Aerzte sonst nach einem System honorieren, bei dem es auf die Einzelleistungen nicht ankommt. In diesen Fällen stellt der Ersatz von drei Achtel des Grundlohns für die Kassen schlechthin eine Einbuße dar.

Hiernach erscheint der Wunsch nach einem Eingreifen, wenn nicht der Gesetzgebung, so doch der Aufsichtsbehörde der Berufsgenossenschaften, begründet. Das Reichsversicherungsamt hat ja wiederholt Anregungen betreffend die rechtzeitige Uebernahme und wirksame Durchführung des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften in geeigneten Fällen gegeben und hierauf bezügliche Vereinbarungen zwischen Genossenschaften und Kassen für zulässig erklärt (vgl. „Monatsblätter f. Arb Versichg." 1907 S. 53 ff., 1908 S. 65 ff., 1909 S. 5 ff., 78 ff.). Es würde auch berufen sein, dahin zu wirken, daß die Genossenschaften mit billiger Schonung der Krankenkassen verfahren, also in ungeeigneten Fällen von der Uebernahme des Heilverfahrens überhaupt absehen und dabei auch den Punkt gebührend berücksichtigen, daß die Pflicht der Kassen, drei Achtel des Grundlohns für Krankenpflege zu ersetzen, nicht zu einer direkten finanziellen Schädigung der Krankenkassen führen soll.

(Gbg.) **Ermittelung der Gewerbekrankheiten. — Aerztliche Sprechstunden in Betrieben.** Die gesetzliche Bestimmung im § 343 der RVO., wonach die Krankenkassen verpflichtet werden können, Mitteilungen über gewerbliche Erkrankungen an die Gewerbeaufsichtsbeamten zu machen, ist noch nicht in Kraft getreten. Infolge einer Anregung des Reichskanzlers hat die hamburgische Behörde für das Versicherungswesen die ihrer Aufsicht unterstellten 127 Krankenkassen ersucht, etwa vorkommende Berufserkrankungen durch Phosphor, Quecksilber, Arsen und Blei der Gewerbeinspektion unverzüglich mitzuteilen. Eine gleiche Aufforderung hat nach dem Jahresbericht der hamburgischen Gewerbeinspektion für 1912 die Aufsichtsbehörde für die Innungen an die ihr unterstellten 7 Innungskrankenkassen gerichtet. Diese Maßnahme hat sich bewährt; es ist mit Hilfe der Krankenkassen schon jetzt gelungen, insbesondere über Bleierkrankungen einen weit besseren Ueberblick zu erhalten, als dies früher möglich war. Wie aus dem Bericht der Gewerbeinspektion hervorgeht, wurden auf diese Weise alle zur behördlichen Kenntnis gekommenen Krankheitsfälle eingehend untersucht. Von sämtlichen Krankenkassen sind seit Mai 1912, wo das behördliche Ersuchen an sie gerichtet wurde, bis zum Jahresschlusse 52 Einzelmeldungen über Krankheitsfälle und außerdem von der Maler-Innungskrankenkasse eine Gruppenmeldung über Bleierkrankungen eingelaufen. Von den Einzelmeldungen betrafen 2 Quecksilber- und 50 Bleierkrankungen. Phosphor und Arsenkrankheitsfälle sind nicht vorgekommen.

Auch die Berichte der preußischen Gewerbeinspektoren vom Jahre 1912, die kürzlich zur Ausgabe gelangt sind, befassen sich mit den gewerblichen Erkrankungen. Die Erhebungen erstrecken sich in der Hauptsache auf die Bleierkrankungen im Buchdruck- und Malergewerbe. Nach den Berichten war jedoch das von den Krankenkassen gelieferte Material meist lückenhaft. Nach dem Bericht aus Frankfurt a. O. soll eine der größten Ortskrankenkassen sich außerstande erklärt haben, die gewünschten Einzelheiten anzugeben. Der Beamte weist dann darauf hin, daß nach Inkrafttreten des § 343 RVO. bei einigem Entgegenkommen der Aerztschaft solche Schwierigkeiten kaum noch bestehen werden. Hoffentlich werden die Krankenkassen den Hinweis allgemein beachten, indem sie durch bessere Pflege der Statistik mit dazu bei-

Digitized by Google

zutragen, daß möglichst genaue Erhebungen über die gewerblichen Erkrankungen angestellt werden. Was nun weiter die gesundheitlichen Verhältnisse anbetrifft, so verzeichnen einzelne Beamte die erfreuliche Tatsache, daß bei den Krankenkassen eine Abnahme der Krankenzahl festgestellt worden ist. Dies dürfe auf die reichlich vorhandene Arbeitsgelegenheit zurückgeführt werden. Nach dem hannoverschen Bericht läßt ferner eine Kakesfabrik nach Arbeitsschluß an jedem Abend unentgeltliche Sprechstunden durch einen Zahnarzt abhalten, dem sie ein mit den neuesten Einrichtungen ausgestattetes Operationszimmer zur Verfügung gestellt hat. Dann hat die große Papierwarenfabrik von Bestehorn in Aschersleben, von deren 1200 Arbeitern etwa die Hälfte weiblich ist, eine besondere Fabrikärztin angestellt, die gleichzeitig Aerztin der Krankenkasse ist. Auch in diesem Betriebe ist Operationszimmer usw. vorhanden.

Art und Form der Rechnungsführung bei den Krankenkassen

bestimmt nach § 366 RVO. der Bundesrat. Er stellt nach § 367 Abs. 2 Muster und Einsendungsfristen für die nach Abs. 1 von den Kassen einzureichenden Nachweisungen auf und kann den Inhalt dieser Nachweisungen über den im Gesetze selbst vorgeschriebenen Inhalt hinaus erweitern (vgl. bisher: § 41 Abs. 1, § 79 KVG.). Das Reichsversicherungsamt hat im Einvernehmen mit dem Kaiserlichen Statistischen Amt einen Entwurf für diese Vorschriften aufgestellt. Das Reichsamt des Innern hat in einer Beratung am 17. Mai d. J. auch den Vertretern von Krankenkassen Gelegenheit gegeben, sich gutachtlich zu dem Entwurf zu äußern, damit die einschlägigen verschiedenen Verhältnisse der Praxis berücksichtigt werden. Die eingehenden Verhandlungen haben zu einer Verständigung zwischen der Regierung und den Krankenkassen geführt. Voraussichtlich werden in naher Zeit die Bestimmungen erlassen und die Muster für die Nachweisungen bekanntgegeben werden.

Beamtete Aerzte für öffentliche Zwecke.

Die „Betriebskrankenkassen-Korrespondenz" verbreitet folgende Anregung: Die Bestrebungen, die Schwierigkeiten, die zurzeit zwischen den öffentlichen Versicherungseinrichtungen usw. und den im Leipziger Verbande organisierten Aerzten bestehen, durch Einführung beamteter Aerzte für diesen Bereich endgültig zu beseitigen, finden immer mehr Anklang. Die Versicherungsträger und die Regierung erblicken darin die beste Lösung der bestehenden Schwierigkeiten. Neuerdings ist vorgeschlagen worden, daß sich alle die Träger öffentlicher Zwecke, welche die ärztliche Hilfe nicht entbehren können, für diese besondere Aufgabe zu Zweckverbänden mit behördlichem Charakter vereinigen, die durch Anstellung beamteter Aerzte die ärztliche Hilfe, soweit diese erforderlich ist, gewährleisten. Die beamteten Aerzte müßten in jeglicher Beziehung gesichert werden; es müsse ihnen ein gutes Einkommen sowie Pension und eine Hinterbliebenenfürsorge zugestanden werden. Mit einer gewissen Berechtigung wendeten sich die Aerzte gegen ein Halbbeamtentum ohne diese Rechte. Aus den Kreisen der Krankenkassen wird der dringende Wunsch geäußert, daß die Reichsregierung zunächst Vertreter der verschiedenen Krankenkassenverbände als die Hauptbeteiligten zu einer Konferenz berufen sollte, in der diese Frage behandelt wird.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten

wurde, unter anderen Gegenständen, bei einer am 26. Mai d. J. in Wannsee abgehaltenen Besprechung der zur Norddeutschen Knappschaftspensionskasse gehörenden Knappschaftsvereine erörtert. Es wurde ausgeführt: Die Heilung akuter Krankheitszustände sei Sache der Krankenkassen. Bei Geschlechtskrankheiten sei aber mit der einmaligen Heilung der Fall durchaus nicht erledigt; es seien vielmehr noch nach Jahren Rückfälle zu befürchten, die zunächst den Erkrankten noch nicht erwerbsunfähig machen, die aber, wenn sie vernachlässigt werden (was häufig von seiten der Kranken geschieht) zu schweren und unheilbaren Zuständen führen können. Es sei daher eine ständige Kontrolle der Krankgewesenen und alle paar Jahre auch eine ärztliche Untersuchung nötig. Dies ginge aber über die Verpflichtungen der Krankenkassen hinaus. Die Norddeutsche Knappschaftspensionskasse sei bereit, die hierdurch entstehenden Kosten zu tragen. Während von einer Seite Zweifel geäußert werden, ob Geschlechtskrankheiten unter den Bergleuten überhaupt so häufig vorkämen, daß besondere Maßnahmen nötig seien, halten es andere Redner doch für ratsam, die Norddeutsche Knappschaftspensionskasse in ihren Bestrebungen zu unterstützen. Die Erkrankungen an Syphilis seien häufiger, als man annähme. Es sei gewiß nicht leicht, eine Kontrolle über die Kranken auszuüben. Indessen sei es doch durchführbar, daß der Arzt den Kranken so beeinflusse, daß er sich nach seiner Heilung wieder einmal vorstelle und sich zur Kontrolle untersuchen lasse. Die Sache soll weiterverfolgt und ev. mit den Aerzten besprochen werden.

Amtliche Auskunft in Angelegenheiten der Reichsversicherung.

Nach § 37 RVO. erteilen die Versicherungsämter Auskunft in Angelegenheiten der Reichsversicherung und nach § 122 AVG. erteilt entsprechend der Rentenausschuß Auskunft in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung. Ueber das Verhältnis beider Vorschriften vgl. unsere Anmerkung in Nr. 15 S. 342. Im Berliner Tageblatt finden wir folgende Mitteilung:

„Der Rentenausschuß hat eine Auskunftsstelle eingerichtet, bei der über alle die Angestelltenversicherung betreffende Anfragen ein vorläufiger Bescheid erteilt wird. Wie uns der ‚Verband deutscher Waren- und Kaufhäuser, E. V.' mitteilt, haben diese Bescheide allerdings nicht rechtsverbindliche Kraft; sie können auf dem Rechtswege angefochten werden. Es wäre aber dennoch sehr erwünscht und zweckmäßig, wenn mit diesen vorläufigen Bescheiden auch ihre Begründung veröffentlicht würde. Weite Kreise würden sich alsdann bei den Anmeldungen schon der Auffassung der Auskunftsstelle anpassen und so die Arbeit der Reichsversicherungsanstalt ganz bedeutend erleichtern. Vor allen Dingen aber würden die widerspruchsvollen Mitteilungen über angeblich amtliche, in Wirklichkeit aber unverbindlich erteilte Bescheide verschwinden."

Hierzu ist zu bemerken: Richtig verstanden gilt das Gesagte auch für Auskünfte der Versicherungsämter. Daß solche Auskünfte „auf dem Rechtswege angefochten" werden können, will besagen, daß die rechtsprechenden Instanzen durch die von der Amtsstelle erteilten Auskünfte nicht gebunden werden, was selbstverständlich ist. Es ist aber darauf hinzuweisen, daß unter der „Auskunft", die von den Versicherungsämtern wie von den Rentenausschüssen zu erteilen ist, begrifflich überhaupt nur ein Aufschluß über tatsächliche Verhältnisse und ein Hinweis auf bestehende Rechtsvorschriften zu verstehen

Digitized by Google

ist. Zur Erteilung eines Rates oder einer Empfehlung, zumal etwa in zweifelhaften Rechtsfragen, sind die Amtsstellen nicht verpflichtet, und sie sind auch für Kosten und Schäden, die aus der Befolgung des Rates oder der Empfehlung entstehen, nicht verantwortlich (vgl. Hahn, Handb. der Krankenversicherung S. 58 Anm. 2 zu § 37 RVO.). Das ist zu beachten, wenn diese Stellen gleichwohl sich über zweifelhafte Rechtsfragen äußern. Tun sie es, so werden sie sich selbstverständlich auch von moralischer Verantwortlichkeit um so mehr entlasten, wenn sie ihre Aeußerung begründen.

Die Musterverträge des Leipziger Aerzteverbandes.

Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen hat sich bei seiner Versammlung in Hamburg über die Musterverträge (vgl. Arb.-Versorgg. 1913 S. 355) folgendermaßen geäußert:

1. In den vom Leipziger Aerzteverband herausgegebenen Musterverträgen für die Regelung des Verhältnisses der Aerzte zu den Krankenkassen wird grundsätzlich verlangt: 1. Kollektivvertrag, 2. freie Arztwahl, 3. Bezahlung nach Einzelleistungen zu den Mindestsätzen der ärztlichen Gebührenordnung, steigend für gewisse Gruppen bis zu Sätzen, die um das Doppelte der Mindestsätze erhöht sind. Zugelassen wird: a) neben dem Kollektivvertrag der Einzelvertrag, b) das Kassenarztsystem dort, wo die ärztliche Organisation noch unentwickelt ist und die Aerzte auf die Beibehaltung dieses Systems zunächst noch Wert legen, c) die Pauschalbezahlung, wobei jedoch die Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnung erreicht werden sollen.

2. Der Kollektivvertrag hat den Zweck, das den approbierten Aerzten im allgemeinen eingeräumte Monopol zur Behandlung der Kassenmitglieder dem Leipziger Verband unter Ausschluß anderer Organisationen und Aerzte zu sichern und auf diese Weise die ärztliche Organisation zur späteren restlosen Durchführung ihrer Endziele möglichst lückenlos zu gestalten. Er bedeutet deshalb für alle auf Kassenpraxis angewiesenen Aerzte den Koalitionszwang. Der neben ihm zugelassene Einzelvertrag ist seinem Inhalt nach ganz wertlos und gibt insbesondere der Krankenkasse nicht den ihr gesetzlich gebührenden Einfluß auf die ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder. Im übrigen können die ärztlichen Vereine, die den Kollektivvertrag mit den Kassen abschließen sollen, nach der richtigen, jetzt auch vom Königlichen Kammergericht in Berlin festgestellten Auffassung des § 21 BGB. die Rechtsfähigkeit durch Eintragung in das Vereinsregister nicht erwerben, weil ihr Zweck auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist. Als nicht rechtsfähige Gesellschaften würden die ärztlichen Vereine ohne Vermögen sein und infolgedessen auch keine Gewähr für die Einhaltung des Vertrages bieten können. Der Kollektivvertrag muß deshalb, abgesehen von wichtigen praktischen Bedenken, schon aus Gründen der Rechtssicherheit abgelehnt werden.

3. Die freie Arztwahl soll in jeder Weise gefördert und ihre vollkommene Durchführung bei allen Kassen sichergestellt werden. Auch dort, wo das Kassenarztsystem zunächst noch zugelassen ist, soll für die mit einem Grundlohn von 6 M. versicherten Personen die freie Arztwahl gelten, wodurch der unhaltbare Zustand geschaffen werden würde, daß bei derselben Kasse zwei verschiedene Arztsysteme nebeneinander bestehen. Für beitrittsberechtigte Personen sollen die Leistungen der Kasse auf das Krankengeld beschränkt oder diese Personen außerhalb des Vertrages gestellt werden. Während für die freie Arztwahl langfristige Verträge verlangt werden, sollen Verträge für das Kassenarztsystem nur für ein Jahr laufen, um jederzeit, sobald die ärztliche Organisation stark genug ist, den Kassen die freie Arztwahl aufzwingen zu können. Diese Regelung, insbesondere die Aufzwingung der freien Arztwahl wird wegen der damit unausrottbar verbundenen schweren Schädigungen der gesamten Kassenverhältnisse abgelehnt.

4. Die Berechnung des Honorars nach Einzelleistungen ist mit dem Wesen der Krankenversicherung nicht vereinbar; denn einerseits bedingt die Kassenpraxis Leistungen, die in der Privatpraxis überhaupt nicht vorkommen, andererseits haben die Kassen keine Einwirkung auf Zahl und Umfang der ärztlichen Leistungen. Der Privatpatient, der die Leistungen aus der eignen Tasche bezahlt, lehnt ein Zuviel an ärztlichen Leistungen ab; der Kassenpatient hingegen läßt sich recht viele Leistungen des Arztes gern gefallen.

Nach den ärztlichen Gebührenordnungen können die Aerzte von den Kassen höchstens die Mindestsätze beanspruchen, keinesfalls höhere, oder gar Sätze, die bis um das Doppelte der Mindestsätze erhöht sind. Die Art und die Höhe der geforderten Bezahlung würden die Leistungsfähigkeit der Krankenversicherung auf das äußerste gefährden und jede Ausdehnung der Kassenleistungen über das gesetzliche Mindestmaß unmöglich machen. Die unterschiedliche Bezahlung der ärztlichen Leistungen, je nachdem Kassenmitglieder mit einem Grundlohn von unter 6 M. oder mit einem solchen von 6 M. versichert sind, steht im Widerspruch mit den allgemeinen Grundsätzen der Krankenversicherung und könnte nur auf Kosten der weniger gut bezahlten Versicherten erfolgen. Zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen ist es unbedingt erforderlich, daß die Arztkosten pauschaliert werden, sonst bleibt nichts anderes übrig, als beamtete Aerzte anzustellen.

5. Auch zahlreiche Einzelbestimmungen fordern den schärfsten Widerspruch heraus. Als Verstoß gegen die guten Sitten muß es bezeichnet werden, daß es während der Vertragsdauer den Krankenkassen verboten sein soll, Verträge mit anderen Aerzten abzuschließen, und daß eine Verletzung dieser Bestimmung für den Aerzteverein als ein wichtiger Grund gelten soll, vom Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zurückzutreten. Ebenso unannehmbar ist die vorgesehene einseitige Bindung der Kasse an den Vertrag in der Weise, daß zwar der Arzt jederzeit, die Kasse aber nur aus einem wichtigen Grunde kündigen darf.

6. Durch Verträge nach Art der „Musterverträge" würden die Kassen ihres Selbstbestimmungsrechtes beraubt, in die Gewalt des Leipziger Verbandes gebracht und finanziell zugrunde gerichtet werden. Es kann den Kassen, soweit sie nicht durch bestehende Verträge gesichert sind, daher nur dringend empfohlen werden, rechtzeitig in Verhandlungen über neue Aerzteverträge einzutreten, und wenn der Vertragsabschluß durch die Aerzte ungebührlich hingezögert wird oder von ihnen angemessene Bedingungen nicht zu erlangen sind, solche auf dem Wege des § 370 RVO. durch das Oberversicherungsamt festsetzen zu lassen und unter Umständen die ärztliche Behandlung durch eine Barleistung abzugelten. Damit die Krankenkassen dem Leipziger Verband nicht wehrlos gegenüberstehen, ist das Verlangen berechtigt, daß diese Gesetzesbestimmung nunmehr unverzüglich in Kraft gesetzt wird.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Dringende Bitte!

In den bevorstehenden Ferienmonaten haben auch die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während dessen Anfragen an den Briefkasten nur in sehr dringenden Fällen zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Ersatzansprüche der Krankenkasse an die Berufsgenossenschaft.

1. Nach F. Antwort: Hat die Krankenkasse einem Unfallverletzten Unterstützung über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus gewährt, so hat sie von der Berufsgenossenschaft zunächst Erstattung des Unfallzuschusses (5. bis 13. Woche) zu verlangen (§§ 573, 576 RVO.). Für die Zeit von der 14. Woche an gilt folgendes: Die Berufsgenossenschaft muß erstatten drei Achtel des Grundlohnes als Ersatz für Arzt und Medizin (§§ 1501 Abs. 2, 1503 Abs. 1), ferner das Krankengeld, doch dieses höchstens bis zur Hälfte der Unfallrente (§§ 1505, 1506 Abs. 1). Es ist also sehr wohl möglich, daß die Kasse nicht den vollen Ersatz beanspruchen kann. Ist die Krankenkasse der Ansicht, daß die Unfallrente zu niedrig festgesetzt sei, so kann sie gegen den Feststellungsbescheid innerhalb eines Monats nach Zustellung Einspruch einlegen (§§ 1509, 1591).

Ersatzanspruch der Kasse gegen die Berufsgenossenschaft nach §§ 25, 26 GUVG.

2. Nach Aachen. Antwort: Es handelt sich um Ersatzansprüche der Kasse gegen die Berufsgenossenschaft wegen Leistungen aus den Jahren 1911 und 1912. Maßgebend ist also das alte Recht. Nach § 25 Abs. 4 GUVG. durften der Kasse zur Deckung ihres Ersatzanspruchs nur drei halbe Monatsbeträge der Rente, nicht drei volle Monatsrenten überwiesen werden, also nicht insgesamt 222,33, sondern nur 111,16 M, denn die Leistungen der Krankenkasse gelten grundsätzlich nicht als fortlaufende (§ 25 Abs. 5), sondern als vorübergehende im Sinne des § 25 Abs. 4 und waren insbesondere auch nach den Umständen des vorliegenden Falles nur vorübergehend (vgl. Entsch. des Preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 1904 S. 367, 1905 S. 659). Durch diese drei halben Monatsrenten ist aber nur der Ersatzanspruch wegen des gezahlten Krankengeldes und, soweit Krankenhauspflege gewährt wurde, wegen des darin enthaltenen Unterhalts des Verletzten abgegolten. Daneben besteht ein selbständiger Anspruch der Kasse auf Ersatz der Leistungen aus § 6 Abs. 1 Ziff. 1 KVG., und zwar, ohne daß die Kasse die Aufwendungen einzeln nachzuweisen braucht, in Höhe des halben Krankengeldes für jeden Tag, an dem Leistungen dieser Art (ärztliche Behandlung oder Heilmittel) innerhalb oder außerhalb der Krankenhauspflege tatsächlich gewährt worden sind (§ 25 Abs. 3; vgl. Rekursentsch. des Reichsversicherungsamts 2146 u. 2158 Amtl. Nachr. 1906 S. 415, 478, Arb.-Versorgg. 1906 S. 213, 515). Dieser Anspruch beträgt nach der aufgestellten Berechnung für die Zeit der Spitalpflege 79,75 M. und für acht Tage außerhalb des Spitals 5,80 M. Dazu treten die in der Rechnung noch nicht angesetzten 30,45 M. für die weiter zurückliegende Zeit. Der Einwand des Ausschlusses ist hinsichtlich des letzteren Betrages nicht begründet. Denn § 72 GUVG. fordert nur, daß in der Frist der „Entschädigungsanspruch" aus einem bestimmten Unfall, nicht aber, daß schon ein bestimmt bezifferter Anspruch angemeldet sein muß. Sonach beträgt der ganze Anspruch der Kasse wegen der Kosten des Heilverfahrens 116,00 M. Hierauf muß sie sich, da ihr die ganze statt der halben Rente überwiesen worden ist, den Mehrbetrag von 111,17 M. anrechnen lassen, so daß sie noch 4,83 M. zu fordern hat. Sich wegen der zu Unrecht überwiesenen halben Rente an die Genossenschaft zu halten, ist Sache des Verletzten. Das Oberversicherungsamt lehnt mit Recht ab, sich über den der Kasse noch zustehenden Heilkostenanspruch auszusprechen, da (soviel wir aus Ihren Angaben ersehen können) der Bescheid, über den es zu urteilen hatte, sich nur auf die Rente bezog. Will die Kasse den Restanspruch von 4,83 M. weiter verfolgen, so muß sie zunächst von der Genossenschaft — nötigenfalls durch Anrufung des Reichsversicherungsamts im Aufsichtswege — die Erteilung eines förmlichen Bescheides hierüber erwirken (§§ 1568, 1583 ff. RVO.; Handb. der Unfallversf. Bd. 1 S. 334 ff., Anm. 5 zu § 26 GUVG.).

Welche Leistungen einer ausgestalteten allgemeinen Ortskrankenkasse sind für die Gleichwertigkeit der Leistungen besonderer Kassen maßgebend?

3. Nach K. Antwort: Wenn eine bereits bestehende Kasse zur allgemeinen Ortskrankenkasse gemäß Art. 15 Einf.-Ges. z. RVO. ausgestaltet wird und hierbei ihre Leistungen erhöht, so brauchen die besonderen Orts- und die Betriebskrankenkassen nicht gleichzeitig ihre Leistungen denen jener gleichwertig zu machen. Denn auch für die Uebergangszeit muß § 260 RVO. gelten, wonach Leistungen der maßgebenden Kasse, die noch kein volles Jahr gelten, nicht berücksichtigt werden (vgl. Arb.-Versorgg. 30 Nr. 12 S. 285 Ziff. 5). Darum halten wir es auch für zutreffend, wenn den besonderen Kassen aufgegeben worden ist, in die Satzung diejenigen Leistungen aufzunehmen, die von der maßgebenden bisher gewährt worden sind. Ebenso sind wir der Ansicht, daß § 262 RVO. anzuwenden ist, daß also eine anderweitige Feststellung der Gleichwertigkeit erst nach vier Jahren zu erfolgen hat.

Digitized by Google

Anspruch auf die Kassenleistung trotz eigenmächtigen Verlassens des Kassenbezirks.

4. Nach Wernigerode. Antwort: § 28 KVG. kommt nicht in Frage, wenn, wie wir nach Ihren Angaben annehmen müssen, der Handlungsgehilfe noch vor Beendigung seines Beschäftigungsverhältnisses, also noch als Pflichtmitglied erkrankt ist. Er hatte dann für die satzungsmäßige Dauer Anspruch auf die Leistungen der Kasse über die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses hinaus, ohne daß er sich gemäß § 27 KVG. weiterversicherte. Da er ein alleinstehender Mensch war, so durfte er nach Lösung des Arbeitsverhältnisses sich auch ohne die Zustimmung der Kasse an den außerhalb des Kassenbezirks belegenen Wohnort seiner Eltern begeben, da dieser unter den gegebenen Umständen als der natürliche Zufluchtsort des Pflegebedürftigen und auch als *kein* Wohnort anzusehen war; die Kasse mußte ihm also ärztliche Behandlung und Heilmittel dort gewähren (vgl. Arb.-Versorgg. 1913 S. 93 Ziff. 1, S. 216 Ziff. 7). Daß der Kassenarzt ihm die Aufsuchung der elterlichen Wohnung empfohlen hatte, ist für sich allein ohne Belang, unterstützt aber noch die vorstehende Beurteilung. Wenn nun die Kasse an jenem Orte keinen Kassenarzt hatte, kann sie dem Kranken auch keine Umgehung des Kassenarztes vorwerfen und folglich nicht hiermit ihre Weigerung begründen. War inzwischen noch Erwerbsunfähigkeit hinzugetreten, so muß sie selbstverständlich auch das Krankengeld bezahlen. Daß der Kranke weder seine Uebersiedelung noch später den Eintritt seiner Erwerbsunfähigkeit alsbald der Kasse angezeigt hat, kann möglicherweise ein Verstoß gegen die Krankenordnung sein und Bestrafung begründen (§ 26a Abs. 2 Ziff. 2a KVG.), nicht aber die Versagung der Kassenleistungen rechtfertigen.

Neue Anträge für die zweite Generalversammlung der Kasse sind zulässig, wenn die erste ungültig war.

5. Nach Altona. Antwort: Ist die erste ordentliche Generalversammlung wegen Nichtwahrung der Einberufungsfrist für ungültig erklärt worden, so sind damit auch alle Vorbereitungshandlungen, die für sie vorgenommen worden sind, hinfällig. Darum muß auch die Tagesordnung für die neue Versammlnng von neuem festgesetzt werden. Hieraus folgt aber, daß die Mitglieder für die zweite Versammlung Anträge, die für die erste nicht gestellt worden waren, stellen können, natürlich nur, insoweit die Satzung Anträge überhaupt zuläßt.

Verwahrung von Wertpapieren der Krankenkasse.

6. Nach Wiesdorf. Frage: Nach § 60 unseres Statuts müssen Wertpapiere, welche zum Vermögen der Kasse gehören und nicht lediglich zur vorübergehenden Anlegung zeitweilig verfügbarer Betriebsgelder für die Kasse erworben sind, nach Anweisung der Aufsichtsbehörde verwahrlich hinterlegt werden. Sind hierzu auch die aus dem Reserve- und Betriebsfonds ausgeliehenen Hypotheken bzw. die hierzu gehörenden Schuldverschreibungen, sowie die Quittungsbücher über die bei der Sparkasse angelegten Gelder aus den genannten Fonds zu rechnen?

Antwort: Wertpapiere sind solche Urkunden, deren Innehabung Voraussetzung für die Geltendmachung des darin verbrieften Rechtes ist. Daher sind zu ihnen zu rechnen solche Sparkassenbücher, die auf den Inhaber lauten. Man wird aber § 60 der Satzung (§ 40 KVG., § 365 RVO.) auch auf solche Sparkassenbücher anwenden müssen, die auf den Namen ausgestellt sind, wenn, wie meistens, die Sparkasse berechtigt ist, auch ohne Prüfung an jeden zu zahlen, der das Buch vorweist. (Vgl. Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anm. zu § 365 RVO.). Hypothekenbriefe sind keine Wertpapiere, weil die Hypothek von der Eintragung ins Grundbuch abhängt. (Vgl. Kommentar der Reichsgerichtsräte zum Bürgerlichen Gesetzbuch Anm. 1 zu § 1116.) Soweit es sich hiernach um Wertpapiere handelt, müssen diese verwahrlich hinterlegt werden, wenn sie der dauernden Anlage dienen.

Beiträge der Krankenkassen zu freien Vereinigungen.

7. Nach Brandenburg. Antwort: Der § 414 RVO. ist allerdings nach Art. 2 der Verordnung vom 5. Juli 1912 (Arb.-Versorgg. S. 489) schon jetzt in Kraft. Aber diese Vorschrift und folglich auch der preuß. Min.Erl. vom 26. August 1912 (Arb.-Versorgg. S. 627) beziehen sich nur auf Kassenvereinigungen, „die den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dienen". Trifft dies im vorliegenden Falle zu, bezweckt also die Kassenvereinigung insbesondere auch die Unterhaltung oder Unterstützung von Fürsorgestellen für Lungenkranke, so ist das Verbot der Aufsichtsbehörde, Beiträge aus Kassenmitteln an die Vereinigung zu zahlen, begründet, solange nicht beide Gruppen im Vorstande den Beitritt und die Bewilligung der Beiträge beschlossen haben.

a) Neuwahlen für Krankenkassen, die ausgestaltet oder zugelassen werden. b) Berechnung des Durchschnittslohns für Sonntagsarbeiter.

8. Nach Eschwege. Antwort: a) Aus Art. 4 Einf.Ges. in Verbindung mit der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 8. November 1912 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 840) und aus § 16 RVO. ergibt sich folgendes: Als Regel gilt, daß die Kasse, welche zur allgemeiner Ortskrankenkasse ausgestaltet (oder auch eine Kasse, die als besondere zugelassen) wird, die bisherigen Vertreter in den Organen nur bis zum 31. Dezember 1913 behält, daß also schon vor diesem Zeitpunkte nach den Vorschriften den Reichsversicherungsordnung die neuen Vertreter zu wählen sind, deren Wahlzeit vier Jahre dauert, also mit dem 31. Dezember 1917 einheitlich abläuft, so daß es nicht zulässig ist, das Mandat eines Teils der Gewählten schon vorher enden zu lassen; soweit aber bis zum 31. Dezember 1913 Neuwahlen nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung noch nicht stattgefunden haben, bleiben die bisherigen Vertreter noch bis zum Zustandekommen solcher Neuwahlen, längstens bis zum 30. Juni 1914, im Amt. Dieser letztere Fall ist unseres Erachtens entsprechend dem § 16 Abs. 2 RVO. zu beurteilen, so daß die Wahlzeit der Neugewählten auch in diesem Falle, obgleich sie erst später eintreten, vom 1. Januar 1913 zu rechnen ist und folglich am 31. Dezember 1917 abläuft.

b) Bei Mitgliedern, für die auch die Sonntage Arbeitstage sind, ist zur Berechnung des durchschnittlichen Tagelohns der Wochenverdienst mit 7, der Monatslohn mit 30 und der Jahreslohn mit 360 zu teilen (Preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 1910 S. 595).

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat J. **Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **21. Juli 1913.**

Redaktion:	Nr. 21	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Ueber den Nachweis von Gewöhnung bei der Begutachtung Unfallverletzter[1]).

Von **Dr. Friedrich Kempf**, Spezialarzt für Chirurgie in Braunschweig.

Man braucht die Wandlungen, die sich in der Handhabung der Unfallgesetze mit der Zeit vollzogen haben, nicht eingehender verfolgt zu haben, um zu wissen, daß ein Umstand, dem man früher bei der Festsetzung der Unfallsentschädigungen geringe oder gar keine Bedeutung geschenkt hat, allmählich immer stärker in den Vordergrund gerückt ist. Ich meine den Einfluß der Gewöhnung auf die Arbeitsfähigkeit der Verletzten. Nach Einführung des Unfallgesetzes hatte man zunächst als selbstverständlich hingenommen, daß die Wiederherstellung eines normalen anatomischen Befundes ein unbedingtes Erfordernis für die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit sei, ein Grundsatz, den auch das Reichsversicherungsamt in mehrfachen Entscheidungen mit aller Entschiedenheit vertreten hat. Jede Beeinträchtigung der Unversehrtheit des Körpers sollte die Erwerbsfähigkeit mindern. Man sah aber bald ein, daß dieses Prinzip, dessen konsequente Durchführung die Entziehung einer einmal zuerkannten Rente in vielen Fällen unmöglich gemacht hatte, unhaltbar sei und kam jetzt unter Einführung des Gewöhnungsbegriffs zu einer anderen Praxis, die es erlaubte, der unbestreitbaren Tatsache von der Bedeutungslosigkeit kleinster körperlicher Defekte für die allgemeine Erwerbsfähigkeit Rechnung zu tragen. Den Anstoß dazu gaben jene bekannten Beobachtungen, nach denen selbst hochgradigste Verstümmelungen die davon Betroffenen gar nicht oder nur unbedeutend in ihrer Erwerbsfähigkeit zu beeinträchtigen vermocht hatten. Die Auffassung von der Bedeutung der Gewöhnung als Besserungsmittel hat sich nun recht schnell bei Gutachtern, Spruchbehörden und nicht zuletzt den Berufsgenossenschaften Eingang verschafft. Der ärztliche Gutachter war froh, seine veränderte Anschauung von der Erwerbsfähigkeit des Verletzten auf eine aus der alltäglichen Erfahrung geschöpfte Begründung stützen zu können; dem Laienelement in den Schiedsinstanzen mußte ein etwa in den Lohnverhältnissen zum Ausdruck kommender Besserungsgrund mehr zusagen als ein zuweilen nicht leicht verständlicher ärztlicher Befund, und die Berufsgenossenschaften wurden schon durch pekuniäre Rücksichten veranlaßt, der Möglich-

[1]) Wir entnehmen diese Ausführungen mit freundlicher Ermächtigung des Herrn Verfassers einem — hier erheblich gekürzten — sehr interessanten und durch viele Beispiele beleuchteten Aufsatze in der „Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen" (20. Jahrgang Nr. 5). Die wichtige Frage (vgl. Lange in Arb.Vers. 1912 S. 289 ff.) wird hier von einem erfahrenen ärztlichen Sachverständigen nicht nur unter rein medizinischen Gesichtspunkten, sondern auch unter gebührender Berücksichtigung psychologischer Momente und mit Beachtung der rechtlichen und wirtschaftlichen Seite erörtert.

Digitized by Google

keit einer Besserung durch Gewöhnung Beachtung zu schenken und ihren Gutachtenformularen einen entsprechenden Hinweis einzufügen. Nur die Versicherten haben sich nicht in gleichem Maße von dem wohltätigen Einfluß der Gewöhnung überzeugen lassen und sind in ihrer überwiegenden Majorität noch immer geneigt, die günstige Wirkung der Gewöhnung unter nachdrücklicher Betonung des unveränderten Befundes zu bestreiten. Nun ist es eine nicht nur auf ärztlichem Gebiet gemachte Erfahrung, daß die Klarheit eines Begriffs nicht selten im umgekehrten Verhältnis zur Häufigkeit seiner Anwendung steht, und daß sich schließlich nur noch leere Worte einstellen, wo Begriffe überhaupt fehlen. Das seines Inhalts beraubte Wort ist zum Schlagwort geworden. Diese Gefahr der kritiklosen Anwendung eines wohl charakterisierten Begriffs scheint mir auch bei der Gewöhnung vorzuliegen. Man hat zuweilen den Eindruck, daß Gutachter, durch den unveränderten objektiven Befund in einige Verlegenheit versetzt, die Annahme von Gewöhnung als einen willkommenen Ausweg betrachten, um aller Schwierigkeiten objektiver Beurteilung und sachlicher Begründung enthoben zu sein, gerade als ob sie in der Vorstellung lebten, die Gewöhnung bedürfe überhaupt keiner besonderen Begründung, sondern sei ein selbstverständliches, nie ausbleibendes Linderungsmittel aller menschlichen Gebrechen.

Eine so unbekümmerte Behandlung des Gewöhnungsbegriffes muß zu schweren Bedenken Veranlassung geben. Ein Gutachter, dem es nicht möglich ist oder der es nicht für notwendig hält, der Annahme von Gewöhnung eine sorgfältige Begründung zu verleihen, wird in der Regel auf den hartnäckigsten Widerspruch des Rentenempfängers stoßen, und er wird diesen Widerspruch schwerlich entkräften können, solange er der Behauptung des Versicherten lediglich seine subjektive Ansicht entgegenzusetzen hat. Eine Begründung der Gewöhnung in überzeugender Weise und nach den verschiedensten Richtungen hin ist aber in den meisten Fällen auch möglich ....

Ehe man von den Bedingungen der Gewöhnung spricht, wird es notwendig sein, den Begriff der Gewöhnung so gut wie möglich zu bestimmen. Eine Definition dieses Begriffs würde etwa lauten: Gewöhnung ist die durch häufige Wiederholung einer Tätigkeit bewirkte Befähigung zu derselben, bei der die Willensimpulse immer stärker ausgeschaltet werden zugunsten eines unbewußten, mehr automatischen Mechanismus. Die Wiederholung scheint mir also für das Zustandekommen der Gewöhnung von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. In der Unfallpraxis kann sich die Gewöhnung entweder auf die Arbeit im allgemeinen oder auf besondere, von den verletzten Gliedern auszuführende Verrichtungen erstrecken. Um den Verletzten die Gewöhnung an die Arbeit schlechthin zu ermöglichen, hat man besondere Renten gewährt, die in der Rechtsprechung der Unfallversicherungsinstanzen als Gewöhnungsrenten im eigentlichen Sinne, mit anderen Namen auch als Zuschuß-, Uebergangs- oder Schonungsrenten bezeichnet werden. Es ist nicht ohne Interesse, auf diese Renten etwas ausführlicher einzugehen. Das Handbuch der Unfallversicherung (3. Aufl. 1909) nimmt verschiedentlich Veranlassung, Voraussetzungen und Zweck dieser Renten darzulegen. So heißt es in Bd. 1 S. 260 (zu Gewerbeunfallversicherungsgesetz Gegenstand der Versicherung und Umfang der Entschädigung, § 9 Abs. 1 Ziff. 1): „Auch ohne noch als Heilmittel im eigentlichen Sinne gelten zu können und ohne zur Sicherheit des Erfolges des Heilverfahrens oder zur Erleichterung der Folgen der Verletzung im engeren Sinne bestimmt zu sein, können noch Leistungen besonderer Art in Betracht kommen, welche die körperliche Stärkung der Verletzten und nach abgeschlossener Heilung die möglichst vollständige Wiederherstellung ihrer Kräfte erzielen, auch ihnen ermöglichen sollen, sich unter zweckmäßiger Schonung an die Arbeit wieder zu gewöhnen. Die Gewöhnung solcher Leistungen ist nicht unzulässig, mögen sie nun in der Darreichung besonderer Stärkungsmittel, wie Milch- oder Trauben- usw. Kuren, Badereisen oder darin bestehen, daß dem Verletzten einstweilen noch eine höhere Rente gewährt wird, als der ärztliche Befund sie streng genommen rechtfertigt, Rekursentscheidung 1547 u. 2079 Amtl. Nachr. 1896, S. 425, 1905, § 213. Denn es handelt sich hierbei lediglich um eine weitere Betätigung des Grundgedankens, daß die Berufsgenossenschaften die Versicherten für die Folgen von Betriebsunfällen schadlos zu halten haben. Einen Anspruch auf jene be-

Digitized by Google

sonderen Leistungen, die nicht als Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens oder zur Erleichterung der Folgen der Verletzung im eigentlichen Sinne erforderlich sind, kann ein Verletzter nicht erheben, vgl. Rekursentscheidung 1547 u. 2079 Amtl. Nachr. 1896, S. 425, 1905, § 213." Diese Ausführungen über die „Gewöhnungsrente", die im Einklang stehen mit einer größeren Anzahl von Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes (vgl. dazu die angeführten Stellen aus den Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamtes), haben mir nie recht einleuchten wollen. Im besonderen begreife ich nicht, daß der Verletzte keinen „Anspruch auf jene besonderen Leistungen" haben soll, daß diese Leistungen, wie es in anderen Anmerkungen heißt, „nicht gesetzlich geschuldet" seien, vielmehr in Gegensatz gestellt werden zu den „gesetzlich notwendigen" oder „gesetzlich erzwingbaren" Leistungen der Berufsgenossenschaften .... Nun ein Wort über die Berechtigung, solche Renten Gewöhnungsrenten zu nennen! Allerdings wird sich der Verletzte in der Regel während des Bezugs der Rente bis zu einem gewissen Grade an die Arbeit gewöhnen — in dem Sinne ist fast jede Unfallrente eine Gewöhnungsrente —, aber er gewöhnt sich nicht, weil er die Rente bekommt, sondern man möchte fast sagen, trotzdem er die Rente bezieht. Ein Trieb zur Gewährung liegt nicht in einer zusätzlichen, besonders reichlich bemessenen Rente, sondern im Gegenteil in einer möglichst kärglichen Unfallvergütung. Gewöhnung kann, wenn wir von vorerwähnter Definition ausgehen, nur erzwungen werden durch Arbeit, viel Arbeit, oftmalige Wiederholung derselben Arbeit, nicht durch Schonung oder, was dasselbe ist, Arbeitsenthaltung. Ich halte deshalb den Ausdruck Gewöhnungsrente für diese Art von Entschädigungen für nicht sehr passend und meine, daß, wenn man dafür eines Fachausdrucks bedarf, die Bezeichnung Schonungsrente schon besser das Wesen der Sache trifft. Gegen das Wort Uebergangsrente wäre einzuwenden, daß jede Rente bis zum Eintritt eines absolut unveränderlichen Zustandes des Verletzten eine Uebergangsrente ist. Dagegen ist die Bezeichnung Zuschußrente sicherlich sinngemäß, wenn man andeuten will, daß es sich um etwas Besonderes, der erzwingbaren Entschädigung Hinzugelegtes handelt. Aber eben der Sinn dieser Renten, in dem sie als freiwillige Wohltaten der Berufsgenossenschaften erscheinen, muß Bedenken erregen. Die Gewährung von Zusatzrenten führt denn auch zu mancherlei unerfreulichen Konsequenzen. Hierzu eine Erläuterung!

Als Zuschußrente gilt eine Rente nicht nur, wenn sie im Bescheide ausdrücklich so bezeichnet ist, sondern selbst wenn sie als solche zweifellos „gemeint" ist. (Rundschreiben an die Vorstände der ausschließlich dem Reichsversicherungsamt unterstellten Berufsgenossenschaften vom 20. Juni 1891, Amtl. Nachr. 1891, 221.) Zumal im letzteren Falle kann aber der juristisch unerfahrene Inhaber einer Zuschußrente schwer getäuscht werden. Er kann nämlich durch die scheinbar recht hohe, in Wirklichkeit, d. h. nach Abzug des Zusatzes aber vielleicht zu niedrige Rente verhindert werden, früh genug gegen die Rentenfestsetzung Einspruch zu erheben. In einer Rekursentscheidung vom 3. Februar 1896 sieht sich das Reichsversicherungsamt genötigt, auf diese Gefahr eindringlich aufmerksam zu machen. Es heißt dort: „Sodann aber würde eine im Sinne jener Neigung geübte Praxis auch das Bedenken gegen sich haben, daß die Arbeiter, wenn tatsächlich ihrem vermeintlichen Anspruche auf eine höhere als die im Bescheide festgesetzte Rente durch die Zuschußrente genügt wird, sich dadurch nicht selten abhalten lassen werden, gegen den Rentenfestsetzungsbescheid Berufung einzulegen, und daß sie dann zu spät erkennen, wie sie sich zu ihrem Nachteil haben in Sicherheit wiegen lassen." Für die Berufsgenossenschaften hat andererseits die Berechnung der Zuschußrente den Vorteil, daß sie solche Rente nach Ablauf einer, wie es gewöhnlich heißt, angemessenen Uebergangszeit entziehen können, ohne das ärztlicherseits der Nachweis geführt wird, daß im Zustande des Verletzten eine wesentliche Aenderung eingetreten ist. Ich meine aber, daß es ebensowenig angängig ist, die Behebung der supponierten Erholungsbedürftigkeit einfach von einem gewissen Zeitablauf abhängig zu machen, wie es erlaubt ist, lediglich auf frühere prognostische Aussagen hin Gewöhnung an lokale Unfallfolgen, Unfallfolgen im engeren Sinne anzunehmen. Der Begriff „Zuschuß-, Schonungs-, Gewöhnungsrente" wird überhaupt überflüssig und die ganze Praxis der Rentenfestsetzung wesent-

Digitized by Google

lich vereinfacht, wenn man sich die meiner Ansicht nach selbstverständliche Anschauung zu eigen macht, daß die Erwerbsbeeinträchtigung und damit die Rente unter Berücksichtigung aller in unmittelbarem oder noch so entferntem Zusammenhang mit dem Unfall stehenden Körperveränderungen und Gesundheitsschädigungen festgestellt werden soll, daß der Verletzte auf eine dermaßen bestimmte Rente ein volles Anrecht hat und eine neue Rentenfestsetzung nur nach neuer sachverständiger Würdigung etwaiger Aenderungen im Zustande der Verletzten erlaubt sein sollte. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, daß der Arzt in seinem Gutachten die allgemeine Schonungsbedürftigkeit eines Unfallverletzten nicht zu betonen und bei Bemessung der Rente in Betracht zu ziehen hätte. Das ist sogar unerläßlich für eine überzeugende Begründung des Rentenvorschlags. Aber es ist unlogisch, den auf solche Schonungsbedürftigkeit entfallenden Teil der Rente der übrigen Rente als etwas prinzipiell Verschiedenes gegenüberzustellen und mir persönlich unverständlich, daß man die Bewilligung solcher „Zuschuß- oder Gewöhnungsrenten" noch von dem Gutdünken der Berufsgenossenschaften abhängen läßt.

Die erwähnten Renten spielen in der zu besprechenden Zus. v. Cl.[1]) nur eine untergeordnete Rolle (Beispiele Nr. 79 und Nr. 329). Fast ausschließlich handelt es sich um Renten, die, ohne zunächst ausdrücklich als Gewöhnungsrenten verliehen zu sein, kürzere oder längere Zeit nach der letzten Rentenfestsetzung auf Grund eines besonderen Nachweises von Gewöhnung gekürzt oder entzogen sind ... Diesen Fällen stehen andere gegenüber, in denen behauptet wird, die Gewöhnung sei unzweifelhaft (Nr. 10) oder nach der Erfahrung des täglichen Lebens (Nr. 310) bzw. der allgemeinen Erfahrung eingetreten. Man kann nicht sagen, daß solche allgemeinen Hinweise und apodiktischen Behauptungen, wenn sie nicht durch andere Gründe gestützt werden, von sehr überzeugender Wirkung sind. Der Hauptbeteiligte, nämlich der Verletzte, wird derartige Begründungen so gut wie niemals anerkennen, sich vielmehr stets für benachteiligt und ungerecht beurteilt halten.

Ebensowenig kann man es eine glückliche Motivierung der Gewöhnung nennen, wenn das Schiedsgericht oder der ärztliche Gutachter seine Entscheidung einzig damit begründet, daß sie im Einklang stehe mit den Grundsätzen des Reichsversicherungsamts, das nämlich in solchen Fällen Gewöhnung oder Nichtgewöhnung annehme (Nr. 12). Es ist schon eingangs darauf verwiesen, daß das Reichsversicherungsamt seine Grundsätze geändert hat, und so kann es vorkommen, daß das Reichsversicherungsamt die ihm von seiten eines Schiedsgerichts zugeschriebenen Prinzipien nicht anerkennen will.

Ein besserer Grund für die Annahme von Gewöhnung ist die Zeit. Die Vorstellung, daß die Zeit Gewöhnung herbeiführe, daß die Zeit alle Wunden heile, ist ja so volkstümlich, und es liegt darin ein so allgemein angewandter und anerkannter Trost, daß dies Moment gewiß weitgehende Beachtung verdient. Der Begriff der Zeit ist unzertrennlich von dem Gedanken an etwas Meßbares, und so erhebt sich alsbald die Frage, wie langer Zeit bedarf es, um Gewöhnung an die Folgen eines Unfalls herbeizuführen. Soll man etwa in Form von Tabellen für jede Kategorie von Verletzungen die Zeit der Gewöhnung normieren? Dazu bedürfte es eines sehr großen statistischen Materials. Sehen wir unsere Sammlung daraufhin an, so finden wir auch in gleichartigen Fällen recht verschiedene Angaben über die Zeitabschnitte, die man für den Eintritt von Gewöhnung für erforderlich hielt ... Die Zeit der Gewöhnung ist eine durchaus relative Größe, sie ist von vielen anderen, teilweise in individuellen Eigentümlichkeiten liegenden Umständen abhängig, von denen noch zu sprechen sein wird. Man darf also den Satz, daß die unbedingte Voraussetzung jeder Gewöhnung die Zeit ist, nicht so umkehren, daß man sagt, die unausbleibliche Folge der Zeit sei die Gewöhnung.

Für ganz außerordentlich wichtig halte ich nun eine Klärung der Ansichten über die Frage, von welchem Zeitpunkte an bei der Rentenfestsetzung die Gewöhnung gerechnet werden soll. Bei der ersten Rentenbemessung wird von der Gewöhnung wohl kaum zu reden sein, weil sie sofort nach Abschluß des Heil-

[1]) Dies und die im folgenden angeführten Nummern beziehen sich auf die Zusammenstellung praktischer Fälle von L. Claus: „Die Gewöhnung an Unfallfolgen als Besserung im Sinne der Unfallversicherungsgesetze", 4. Aufl.

Digitized by Google

verfahrens erfolgt und während des Heilverfahrens, solange an den von dem Unfall betroffenen Körperteilen noch nicht ein gewisser Dauerzustand erreicht ist, eine Gewöhnung selbst bei Verletzungen leichteren Grades nicht eintreten kann (vgl. Nr. 202). Aber bei späteren Begutachtungen wird die Zeit vom Tage des Unfalls bis zum Abschluß der ärztlichen Behandlung unendlich häufig für die Gewöhnung angerechnet. Immer wieder liest man: Der Verletzte hatte in den seit dem Unfall verflossenen Jahren öder Monaten ausreichend Zeit sich zu gewöhnen. Man wird im ersten Augenblick sagen, dadurch werde kein großer Schaden angerichtet und der gerügte Fehler sei praktisch bedeutungslos. Das trifft höchstens noch für die 2. Rentenfestsetzung zu. Wenn nämlich 1. und 2. Rentenfestsetzung zeitlich weit auseinanderliegen — wir setzen den Fall, die 2. Festsetzung bei einer Handverletzung erfolgt 4 Jahre nach der ersten und 4 1/4 Jahre nach dem Unfall —, dann ist es wohl meistens irrelevant, ob man sagt, der Verletzte hatte 4 Jahre oder 4 1/4 Jahre Zeit sich zu gewöhnen. Von größerer Tragweite ist eine inkorrekte Zeitbestimmung schon, wenn die 2. Rentenfestsetzung etwa 1/4 Jahr auf die erste und 1/2 Jahr auf den Unfall folgte. In solchem Falle wird man weniger geneigt sein, Gewöhnung zu befürworten, wenn der Gutachter sagt, der Verletzte hatte 1/4 Jahr Zeit sich zu gewöhnen, als wenn er unrichtigerweise erklärt, dem Verletzten habe für die Gewöhnung ein halbes Jahr zur Verfügung gestanden. Ein ganz anderes Gesicht gewinnt diese Frage von der 3. Rentenfestsetzung ab, und damit komme ich auf einen Punkt, der immer noch von Gutachtern und auch Schiedsinstanzen vernachlässigt wird, auf dessen hervorragende Bedeutung deshalb gar nicht oft genug die Aufmerksamkeit gelenkt werden kann. Dann muß selbstverständlich außer dem vorerwähnten Zeitraum auch die Zeit zwischen 1. und 2. Rentenfestsetzung für die Bewertung des Gewöhnungseinflusses ausfallen. Man hat nämlich zu bedenken, daß schon zur Zeit der 2. Rentenfestsetzung ein größerer oder geringerer Betrag von Gewöhnung vorhanden sein mußte und daß dieser Teilbetrag an Gewöhnung schon damals bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit in Betracht gezogen ist (wenigstens wenn die letzte Rentenfeststellung schon in die Zeit der neueren Praxis des Reichsversicherungsamts fiel). Dabei macht es meines Erachtens nicht das geringste aus, ob in dem früheren Rentenbescheid ausdrücklich der Gewöhnung als Besserungsgrund Erwähnung geschehen ist. Der Gutachter sowohl wie das entscheidende Gericht haben bei der Abschätzung der Erwerbsbeeinträchtigung alle Umstände, die eine Besserung herbeiführen können in Rechnung zu ziehen, und zu diesen Umständen gehört auch die Gewöhnung. Es sollte deshalb auch nicht zulässig sein, eine spätere Rentenherabsetzung damit zu begründen, daß man sagt, in den früheren Gutachten stehe noch nichts von Gewöhnung, deshalb müsse dies Moment jetzt in besonders hohem Maße in Anrechnung gebracht werden. Der Gutachter hat sich genau wie beim Verfahren zur Beurteilung des objektiven Befundes streng auf die Feststellung zu beschränken, ob und inwieweit seit der letzten Rentenfestsetzung Gewöhnung möglich war. Um diese Entscheidung treffen zu können, ist es notwendig, daß er sich einigermaßen klar macht, wieviel an Gewöhnung schon bei der früheren Rentenfestsetzung als vorhanden anzunehmen war. Wenn der Gutachter so verfährt, wird er zuweilen zu der Erkenntnis kommen, daß die Gewöhnung bis zum Termin der früheren Rentenfeststellung schon so viel für den Ausgleich der Unfallsfolgen geleistet haben müsse, daß man nicht gut mehr von ihr verlangen könne. Diese praktisch sehr wichtige Ueberlegung scheint aber nicht immer angestellt zu werden. Man kann nämlich aus manchen Gutachten und Entscheidungen der Schiedsinstanzen die Auffassung herauslesen, daß jedem weiteren Zeitraum auch eine weitere Gewöhnung entsprechen müsse. Auf die Weise wird in einzelnen Fällen immer von neuem Besserung durch Gewöhnung angenommen, ein Grundsatz, nach dem man mit einiger Konsequenz allen, auch den schwersten Verletzungen zur völligen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit verhelfen könnte. Dagegen kann nicht energisch genug Front gemacht werden ... Wenn die Gewöhnung zweimal als Besserungsgrund herangezogen ist, so kann man damit ihren Einfluß auf den Zustand des Verletzten als abgeschlossen ansehen. In dem Sinne hat sich auch das Reichsversicherungsamt ausgesprochen. Für viele Fälle

Digitized by Google

scheint mir schon die zweimalige Annahme von Gewöhnung bedenklich zu sein . . .

Bei der Abschätzung des Gewöhnungseinflusses wird die Schwere des Unfalls und der Verletzung nicht unbeachtet bleiben dürfen. An den Verlust eines Fingers gewöhnt man sich schneller als an den Verlust eines Arms, und meiner Ansicht nach unterliegt es keinem Zweifel, daß bei gewissen schwersten Verstümmelungen die Gewöhnung eine ganz unbedeutende oder gar keine Rolle spielt[1]). Dies Proportionalitätsverhältnis zwischen Grad der Gewöhnung und Grad der Verletzung wird aber nach meiner Erfahrung in manchen Gutachten und Rentenentscheidungen vermißt . . .

Sehr erleichtert wird die Gewöhnung an Unfallfolgen durch ein günstiges Alter des Verletzten. Man spricht von jugendlichem, anpassungsfähigem, entwicklungsfähigem Alter, in dem die Gewöhnung besonders schnell und vollständig erfolgen soll. Dabei handelt es sich größtenteils um Verletzte im Jünglingsalter des 2. Dezenniums (15 J. Nr. 81 u. 241, 15½ J. Nr. 51, 16½ J. Nr. 215, 17 J. Nr. 62 u. 67, 20 J. Nr. 32)[2]). Aber auch höhere Lebensalter werden noch als anpassungsfähig bezeichnet. So wird in einer Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Nr. 233) ausgeführt, daß bei einem Verletzten mit Verlust je zweier Glieder von drei Fingern um so mehr eine Angewöhnung anzunehmen sei, als der Verletzte erst 39 Jahre alt sei, mithin im besten Mannesalter stehe. Gewiß kann man einer weitgehenden Berücksichtigung des Alters der Verletzten bei Abschätzung des Grades der Gewöhnung nur zustimmen. Um dem Verletzten klar zu machen, daß sich der Mensch um so eher an Veränderungen aller möglichen Art gewöhnt, je jünger er ist, bedarf es keiner gelehrten Argumente, das weiß der Arbeiter aus tausendfältiger Erfahrung des gewöhnlichen Lebens. Wenn aber die Bedeutung des jugendlichen Alters allgemein anerkannt und von den Gutachtern nicht selten hervorgehoben wird, so muß man logischerweise ein hohes Alter als der Gewöhnung entschieden hinderlich betrachten. Nach dieser Richtung hin scheint man aber den Versicherten nur selten Zugeständnisse zu machen . . .

Mit großer Vorliebe werden bei der Annahme von Gewöhnung die günstigen Arbeits- und Lohnverhältnisse der Rentenempfänger ins Feld geführt. Aus den Angaben über die Arbeitsverhältnisse können sich ärztliche Gutachter und richterliche Instanzen aber nur dann ein zutreffendes Bild von der Erwerbsfähigkeit des Verletzten machen, wenn der Arbeitgeber eine detaillierte Beschreibung von der Leistungsfähigkeit des Verletzten gibt, eine Beschreibung, die Näheres über die wichtigsten im Betriebe vorkommenden Arbeitsverrichtungen enthält, und aus der man ersehen kann, welche dieser Arbeiten von dem Verletzten gar nicht und welche nur mit Unterstützung von Mitarbeitern ausgeführt werden können. Leider stehen dem Gutachter solche wirklich sachliche Angaben über bestimmte Mängel in den Leistungen der Verletzten nur selten zur Verfügung; um so notwendiger ist es, daß die dazu berufenen Stellen nachdrücklicher als bisher für die Beschaffung brauchbarer Auskünfte von Arbeitgebern, Meistern und sonstigen technischen Aufsichtsbeamten eintreten. Die gewöhnlich gegebenen allgemein gehaltenen Bescheinigungen kann man höchstens dann mit Vorteil verwerten, wenn der Arbeitgeber erklärt, daß ihm an seinem Arbeiter eine Behinderung bei der Arbeit, die auf einen Unfall schließen ließe, überhaupt nicht aufgefallen sei (Beispiel Nr. 247). Im übrigen sollte sich der ärztliche Gutachter stets bemühen, von dem Verletzten selbst genaue Angaben über die Leistungen zu erhalten, in denen er seinen Arbeitsgenossen nachsteht . . . Die oft zu allgemeine Fassung der Gutachten der technischen Sachverständigen läßt es begreiflich erscheinen, daß diesen Gutachten von seiten des Reichsversicherungsamts nicht immer viel Beachtung geschenkt wird . . .

Nicht minder vorsichtig wie gegenüber den Arbeitsverhältnissen soll man bei der Berücksichtigung des Lohns des Verletzten verfahren. Es ist ja bekannt, daß der tatsächlich gezahlte Lohn nicht kritiklos als Aequivalent der Erwerbsfähigkeit gelten darf, da einerseits aus reinem Wohlwollen gelegentlich ein höherer

[1]) Ich spreche natürlich immer von dem Gros der Verletzten, nicht von einzelnen ausnahmsweise willensstarken Menschen.

[2]) Andererseits hat das Reichsversicherungsamt im Fall 267 gerade mit Rücksicht auf die Jugend des Klägers diesem die Rente länger belassen, als streng genommen erforderlich schien, während das Schiedsgericht nach der allgemeinen Auffassung in der Jugend des Verletzten eben einen besonderen Grund der Gewöhnung sieht.

Digitized by Google

Lohn gezahlt wird, als der Arbeitsleistung entspricht, andererseits auch lediglich mit Rücksicht auf die Rente unberechtigte Abzüge am Lohn vorkommen. Der Grundsatz: Verdient der Verletzte denselben Lohn wie seine Mitarbeiter, so fällt jeder Grund für Bewilligung einer Rente weg, wie er in Fall 295 von seiten des Schiedsgerichts ausgesprochen wird, kann also in solcher Allgemeinheit keine Gültigkeit beanspruchen. Um sich im übrigen aus den Lohnverhältnissen eine einigermaßen zutreffende Vorstellung von der Leistungsfähigkeit des Verletzten zu machen, wird es notwendig sein, daß sich der Gutachter drei verschiedene Unterlagen verschafft, nämlich Feststellungen 1. über den Lohn, den der Verletzte vor dem Unfall erhalten hat, 2. über den Lohn, den er jetzt bezieht, 3. über den Lohn, den andere gleichartige Arbeiter bekommen. Gegen diese Regel wird häufig genug gesündigt. Oft werden einfach der frühere und der jetzige Lohn gegenübergestellt, ohne zu bedenken, daß inzwischen eine allgemeine Lohnsteigerung stattgefunden hat. Ein anderes Mal vermißt man wieder Nachweise bezüglich des Verdienstes vor dem Unfall, und das Einkommen des Verletzten wird an dem seiner jetzigen Arbeitskollegen abgemessen, ohne Rücksicht darauf, daß er früher einer besser gelohnten Arbeiterklasse angehörte. Geschieht die Lohnnachweisung aber in der vorerwähnten dreifachen Weise, so ist sie in der Tat ein sehr wertvolles Mittel, um den Einfluß und das Maß der Gewöhnung zu bestimmen . . .

Welche Bedeutung hat der objektive Befund für die Annahme von Gewöhnung? Ist auf Grund eines bestimmten Befundes mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit auf Gewöhnung zu erkennen? Ohne Zweifel sind Aenderungen des objektiven Befundes und Gewöhnung zunächst einmal streng gesondert zu betrachten. Deshalb wird auch in den Gutachtenformularen der Berufsgenossenschaften zwischen beiden Besserungsmöglichkeiten scharf unterschieden. Andererseits können gewisse Befundsmerkmale die Annahme von Gewöhnung sehr unterstützen. Unbedingte Voraussetzung der Gewöhnung ist es, daß der Unfall nur einen Teil des komplizierten Apparats, der für die anzugewöhnende Verrichtung in Frage kommt, geschädigt hat, daß noch Körperteile unverletzt oder wenig verletzt geblieben sind, die ihrer topographisch-anatomischen Anordnung und ihrer physiologischen Funktion nach die Arbeit der außer Tätigkeit gesetzten Körperglieder mehr oder weniger vollkommen übernehmen können . . .

Der objektive Befund reicht aber doch meistens nicht aus, den Grad der erreichten Gewöhnung und die besondere Richtung, in der sich die Gewöhnung bewegt hat, zu bestimmen. Die Wiederholung ist für jeden Verletzten die notwendige Voraussetzung der Gewöhnung. Aber während der eine eine Verrichtung völlig beherrscht, nachdem er sie hundertmal ausgeführt hat, kann man beim anderen noch nicht von Gewöhnung reden, wenn er die Arbeit tausendmal wiederholt hat, und doch hat der letztere infolge seiner viel größeren Anstrengung kräftigere Muskeln und stärkere Schwielen als der erste. Hier spricht eben ein neues Moment, die verschiedene Intelligenz und Geschicklichkeit, ein gewaltiges Wort mit. Berücksichtigt man diesen Umstand nicht, so kann der objektive Befund zu starken Trugschlüssen bezüglich der Gewöhnung führen. Und dann ist es auch selbstverständlich, daß ein Verletzter seine kräftigen Muskeln und seine augenfälligen Schwielen bei einer ganz anderen, weniger lohnenden Beschäftigung erworben haben kann, als er sie früher hatte. Gerade gröbere Arbeit wird häufig eine viel stärkere Zunahme der Muskulatur des Arms und ein viel abgearbeiteteres Aussehen der Hand verursachen, als die wirtschaftlich wertvollere feinere Handarbeit, bei der es auf jene diffizile Fingerbeweglichkeit ankommt, die man so schwer in Form eines objektiven Befundes fixieren kann.

Daß die intellektuellen Eigenschaften eines Verletzten die Gewöhnung ebensosehr hemmen wie fördern können, dieser Gedanke kommt nur in einer verschwindenden Anzahl ärztlicher Gutachten zum Ausdruck . . . Ehe die Nerven der neu beanspruchten Muskeln soweit disziplinier sind, daß die zu erlernende Tätigkeit gewohnheitsmäßig, automatisch ausgeübt wird, müssen höhere Gehirnfunktionen, Willensimpulse, Koordinationsvorgänge immer wieder eingreifen, und je vielseitiger und wirksamer die Gewöhnung werden soll, um so größere Mühe und Anstrengung wird es dem Verletzten kosten, das Stadium zu überwinden, in dem die später fast unbewußten Bewegungen

Digitized by Google

noch durch Vorsatz und überlegte Absicht geleitet werden. Daß es demnach für Zeit und Umfang der Gewöhnung einen großen Unterschied ausmacht, ob man es mit einem stupiden Individuum oder einem geistig gut veranlagten und regsamen Menschen zu tun hat, dürfte kaum bestritten werden.

Als einen der Intelligenz verwandten Teil der individuellen Veranlagung kann man körperliche oder manuelle Geschicklichkeit betrachten. Durchschnittlich wird man bei qualifizierten Arbeitern eine höhere Geschicklichkeit voraussetzen dürfen als bei einem ungelernten Arbeiter. Nun wird im allgemeinen die Anschauung vertreten, daß der erstere sich schwerer an Unfallsfolgen gewöhne als sein ungelernter Kollege ... Dieser Auffassung liegt der Gedanke zugrunde, daß der gelernte Arbeiter schwierigere Arbeiten auszuführen hat als der ungelernte, daß ihm deshalb auch die Gewöhnung größere Schwierigkeiten bereiten müsse. Das ist nicht zu leugnen, es darf aber nicht vergessen werden, daß die größere Geschicklichkeit des qualifizierten Arbeiters ihm auch wieder die Gewöhnung erleichtert ...

Nur beiläufig sei auch bezüglich der Geschicklichkeit daran erinnert, daß man gelegentlich auf Extreme nach der anderen Richtung stoßen wird und man bei notorisch ungeschickten Menschen mit der Annahme von Gewöhnung vorsichtig sein muß. Ueberhaupt sollte es stets die Aufgabe des unparteiischen Gutachters sein, ebensosehr nach Gründen zu forschen, die der Gewöhnung hinderlich sind wie nach Umständen, die ihr förderlich erscheinen. Wenn wir wieder davon ausgehen, daß Gewöhnung nur durch häufige Wiederholung einer Tätigkeit erzielt werden kann, so wird man zugeben müssen, daß die Gewöhnung zum großen Teil von dem guten Willen des Verletzten abhängig ist. Wenn ein Verletzter aus übertriebener Vorsicht oder aus Furcht vor einer Schmälerung der Rente jede regelrechte Arbeit vermeidet, so wird man schlechterdings keine Gewöhnung annehmen dürfen und eine etwaige Rentenherabsetzung lediglich mit einer Besserung des objektiven Befunds begründen können. Allerdings werden sehr leichte Unfallsfolgen nicht nach diesem Gesichtspunkt beurteilt werden dürfen.

Manche Gutachten und Entscheidungen der Spruchbehörden legen den Gedanken nahe, daß Frauen bezüglich der Gewöhnung schlechter gestellt seien als Männer. Es wird zuweilen unter Bedingungen, die sonst Ausgleich der Unfallsfolgen durch Gewöhnung annehmen lassen, mit Bezugnahme auf das Geschlecht die Frage der Besserung verneint ... Warum sich aber gerade die Frauenarbeit von allen anderen Tätigkeiten auf industriellen und sonstigen unter die Unfallsgesetze fallenden Gebiete so sehr unterscheiden sollte, daß die Gewöhnung an sie so erheblich erschwert wäre, wird nicht näher begründet ... Mir scheint also die Ausnahmestellung weiblicher Verletzter gegenüber der Annahme von Gewöhnung nicht berechtigt zu sein.

Es wäre noch auf eine gesetzliche Bestimmung einzugehen, die bei der Abschätzung der Gewöhnung ebenso beachtet werden muß wie bei der Bewertung des objektiven Befundes, nämlich die Vorschrift, daß der Grad der Erwerbsunfähigkeit mit Rücksicht auf den allgemeinen Arbeitsmarkt festgestellt werden soll. Das eigene Interesse gebietet dem Verletzten, sich, wenn irgend möglich, für den Beruf, in dem er schon jahrelang tätig gewesen ist und dessen besondere Anforderungen ihm bekannt sind, eine möglichst hohe Leistungsfähigkeit wieder zu verschaffen. Die Gewöhnung wird daher in der Regel eine einseitige Richtung nehmen und sich nicht immer auf solche Tätigkeiten erstrecken, deren Ausübung für den Verletzten vorläufig mit keinem materiellen Vorteil verknüpft ist. Wird der Verletzte dann durch irgendwelche Umstände gezwungen, einen anderen Beruf zu ergreifen, der wesentlich verschiedene Anforderungen an die körperliche Geschicklichkeit stellt, so hat die bisherige Gewöhnung unter Umständen nur einen bedingten Wert; der Verletzte muß wieder von neuem anfangen, sein minderwertiges Glied an ihm bisher fremde Tätigkeiten zu gewöhnen. Diese Einseitigkeit der Gewöhnung ist bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gewiß in Rechnung zu ziehen. Oft wird ihre Bedeutung nur gering sein. Bei allen leichteren Verletzungen, wie Verlust eines Fingers, wird der Versicherte, wenn er sich für einen Beruf an diesen Mangel gewöhnt hat, bei der Gewöhnung an eine andere Beschäftigung nicht viel mehr benachteiligt sein als ein normaler Arbeiter; es steht eben für den ausgefallenen Teil genügend Ersatz zur Verfügung

Digitized by Google

Ferner muß man sich vergegenwärtigen, daß die Arbeitsbedingungen in den für die Mehrzahl der Verletzten in Frage kommenden Berufen meistens nicht so verschiedenartig sind, daß Gewöhnung an einen bestimmten Beruf nicht auch Gewöhnung an so und so viele andere Berufe einschlösse. Aber es wären Fälle denkbar, in denen die Art der Unfallsfolgen sowohl wie der spezielle Beruf des Verletzten einer hochgradigen Gewöhnung günstig sind, während Gewöhnung an eine andersartige Tätigkeit unmöglich oder sehr beschwerlich sein kann. Wenn z. B. ein Mensch nach einer schweren Beinverletzung eine Tätigkeit bekommt, bei der er viel sitzen kann, so wird er sich an eben diese Tätigkeit vielleicht sehr schnell und vollständig gewöhnen. Sollte derselbe Mensch aber genötigt werden, sich später einem Berufe zuzuwenden, in dem er dauernd auf den Beinen sein muß, so kann sich dann erst die Unmöglichkeit der Gewöhnung herausstellen. Das muß von vornherein berücksichtigt werden.

Damit hätten wir wenigstens an dem Beispiel der Extremitätenverletzungen gezeigt, welche Umstände bei der Annahme von Gewöhnung oder Nichtgewöhnung mitsprechen können. Betrachtet und beantwortet der Gutachter die Frage der Gewöhnung lediglich von einem einzigen Gesichtspunkte aus, berücksichtigt er beispielsweise ausschließlich das zeitliche Moment oder die Lohnverhältnisse des Verletzten, so wird er häufig ein unklares Bild von dem jeweiligen Einfluß der Gewöhnung erhalten. Wenn man aber alle Gründe in Rechnung zieht, die geeignet sind, dem Bilde Farbe und Schattierung zu verleihen, so wird man in den meisten Fällen eine so deutliche Vorstellung von der erreichten Gewöhnung gewinnen, daß es möglich sein wird, ein zutreffendes, sogar in Bruchteilen der Erwerbsfähigkeit auszudrückendes Urteil über das Maß der Gewöhnung abzugeben . . . Nach dem Buchstaben des Gesetzes soll sich der Arzt bei der Begutachtung von Unfallverletzten allerdings auf rein ärztliche Fragen beschränken; eine genaue Abschätzung des Grades der Erwerbsbeeinträchtigung steht ihm streng genommen nicht zu. Aber die Versicherungspraxis ist über solche Bedenken hinweggegangen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen legen die Berufsgenossenschaften gerade auf die prozentuale Abschätzung der Unfallsfolgen den größten Wert. Und so wollen die Instanzen, die über die Rentenfestsetzung zu befinden haben, auch wissen, wie hoch der Einfluß der Gewöhnung im Einzelfalle zu bewerten ist. Ich glaube, daß wir in solchen Fällen die Beantwortung der uns gestellten Frage nicht abzulehnen brauchen. Die Mittel und Wege, um jeweils zu einer klaren Anschauung über die Bedeutung der Gewöhnung zu gelangen, habe ich näher bezeichnet. Wir sahen, daß uns außer den Auskünften über die Arbeitsverhältnisse zur Begründung unseres Urteils noch manch anderer Weg offen steht. Alle die angegebenen Wege sollten aber auch beschritten werden. Bald werden wir auf dem einen, bald auf dem anderen dem Ziel einer sachlichen Begründung der Gewöhnung näher kommen, und jeder Weg wird neue Ausblicke auf jenes Ziel eröffnen. Bei so gewissenhaftem Vorgehen wird der Begriff der Gewöhnung in vielen Fällen das Unbestimmte und Willkürliche verlieren, das ihm bei allzu sorgloser Anwendung so leicht anhaften kann.

Form der Beschlußfassung über die Satzung einer Krankenkasse zum Zwecke der Zulassung oder Ausgestaltung.

Von Amtsgerichtsrat **Hahn** in Zehlendorf (Berlin).

Bei der Beratung des neuen Satzungsentwurfes für eine Ortskrankenkasse, die ihre Zulassung nach §§ 239 ff. RVO. beantragt hat, waren Meinungsverschiedenheiten darüber entstanden, ob in der Generalversammlung bei der Abstimmung über den Entwurf nach dem bisherigen Recht zu verfahren sei, oder ob bereits die Bestimmungen des § 345 Abs. 3 RVO. zu beachten seien. Während nach bisherigem Rechte die einfache Stimmenmehrheit

Digitized by Google

genügt, müßte nach der Reichsversicherungsordnung eine getrennte Abstimmung der Arbeitgeber und der Versicherten erfolgen. Der Vorstand ersuchte das Versicherungsamt um eine Äußerung über diese Frage und bemerkte dabei: Die getrennte Abstimmung sei zurzeit bei einigen hiesigen Kassen nicht möglich, da in diesen Kassen sich die Arbeitgeber bisher an den Wahlen gemäß §§ 37 ff. des KVG. nicht beteiligt hätten und daher die Vertretung dieser Gruppe gemäß § 39 Abs. 2 a. a. O. ruhe. Angesichts dieser Verhältnisse erscheine es zweifelhaft, ob durch die Kaiserliche Verordnung vom 5. Juli 1912 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 489), welche die Bestimmungen über die Errichtung, Ausgestaltung, Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen in Kraft setze (§§ 226—305 RVO.), auch auf die innere Verfassung der Kassen (§§ 306 ff.) zu beziehen und ob daher auf die Abstimmungen der § 345 Abs. 3 anwendbar sei.

Das Versicherungsamt erwiderte, daß es nach dem Wortlaut der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912 allerdings zweifelhaft sein könne, ob sie sich auch auf die Zulassung besonderer Ortskrankenkassen erstrecke. Ohne Zweifel gelte aber § 345 Abs. 3 RVO. nach Art. 1 Einf.Ges. z. RVO. schon jetzt für alle Satzungsänderungen, welche zur Durchführung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung erfolgen. Da die Aenderung der Satzung bei den bestehenden Ortskrankenkassen zum Zwecke der Anpassung an das neue Recht erfolge, so habe in den von der Anfrage berührten Fällen eine getrennte Abstimmung der Arbeitgeber und der Versicherten zu erfolgen. Wenn freilich diese getrennte Abstimmung bei einzelnen Kassen tatsächlich unmöglich sei, weil die Arbeitgeber sich bisher an den Wahlen nicht beteiligt haben und daher die Vertretung dieser Gruppe zurzeit ruhe, dann könne selbstverständlich nur eine ungetrennte Abstimmung vorgenommen und gefordert werden.

Ich bin um eine Aeußerung über diese Frage ersucht worden, die ja im gegenwärtigen Zeitpunkt von einleuchtender Wichtigkeit ist.

Die Kaiserliche Verordnung vom 5. Juli 1912 enthält im Art. 1 einen seltsamen, bisher nicht beachteten Fehler. Sie setzt die „Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung über die Errichtung, Ausgestaltung“ usw. von Krankenkassen sofort in Kraft, während weder das Zweite noch irgendein anderes Buch der Reichsversicherungsordnung die Ausgestaltung auch nur mit einem Worte erwähnt; erst im Art. 15 des Einf.Ges. und nur dort ist von der Ausgestaltung die Rede. Es liegt also im Art. 1 eine offenbare Unrichtigkeit vor, und es ist zu vermuten, daß es statt Ausgestaltung „Zulassung“ heißen sollte, da von der Zulassung bestehender Kassen im Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung allerdings im Zusammenhange mit der Errichtung neuer Krankenkassen die Rede ist. Aber es bedurfte im Art. 1 der Verordnung weder der Erwähnung der Zulassung noch der Erwähnung der Ausgestaltung. Denn auf beide Maßnahmen trifft zu, was das Versicherungsamt in dem erwähnten Bescheide von der Zulassung sagt: Bei der Zulassung sowohl wie bei der Ausgestaltung handelt es sich um die Umformung bestehender Krankenkassen zu Einrichtungen, die mit dem neuen Krankenversicherungsrechte zum Zwecke seiner Verwirklichung am 1. Januar 1914 ins Leben treten sollen, also um Maßnahmen zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung. Deshalb unterliegen auch alle einzelnen Schritte, die diese Maßnahmen erfordern, also auch die Schaffung der inneren Verfassung, insbesondere auch die Beschlußfassung über die Satzung, nach Art. 1 Einf.Ges. den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Nur freilich wird die Anwendung dieser Vorschriften mitunter nur eine „entsprechende“ sein können, wenn es nämlich für die strenge Anwendung zurzeit an den Voraussetzungen fehlt. So besteht z. B. kein Zweifel darüber, daß, wo die Reichsversicherungsordnung die Mitwirkung des Ausschusses erfordert, einstweilen die Generalversammlung an seine Stelle zu treten hat, weil es vor dem 1. Januar 1914 einen Ausschuß im Sinne der Reichsversicherungsordnung noch nicht gibt (vgl. z. B. preuß. Min.Erl. v. 4. November 1912, Arb.-Versorgg. 1912 S. 817, Ziff. II 1 und III 1). Unter diesem Gesichtspunkt ist auch der Schluß der Aeußerung des Versicherungsamts an sich richtig: Sofern bei entsprechender Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung getrennte Abstimmung in der Generalversammlung an sich erforderlich sein sollte, entfällt dies Erfordernis doch da, wo die Generalversammlung nur

Digitized by Google

aus den Kassenmitgliedern besteht, weil die Arbeitgeber auf die ihnen zustehende Vertretung nach § 39 Abs. 2 KVG. verzichtet haben.

Dagegen ist nicht zuzugeben, daß es zur Beschlußfassung über die Satzung einer zuzulassenden oder auszugestaltenden Kasse der getrennten Abstimmung in der Generalversammlung überhaupt bedarf. Allerdings ist auf diese Beschlußfassung, wie erwähnt, grundsätzlich das neue Recht anzuwenden, und dieses fordert für Beschlüsse durch welche die Satzung *geändert* wird, falls es sich nicht um Kassenleistungen oder Beiträge handelt, die Mehrheit sowohl der Arbeitgeber als der Versicherten (§ 245 Abs. 3 mit Abs. 2 Ziff. 6). Es ist auch richtig, daß die Anpassung der Satzung in den bezeichneten Fällen formell eine *Satzungsänderung* ist, weil ja das Wesen der Ausgestaltung wie der Zulassung darin besteht, daß die Kasse an sich bestehen bleibt und sich nur umformt, wie das neue Recht es bedingt. Aber es handelt sich *nicht* um eine Änderung der Satzung *im Sinne des* § 345 *Abs.* 3. Dieser schafft eine neue, dem bisherigen Recht unbekannte Gewähr gegen übereilte oder von einseitigen Interessen beeinflußte Abänderungen der Satzung. Die Vorschrift gilt nicht für die *Errichtung* der Satzungen, mit denen neue Kassen am 1. Jan. 1914 ins Leben treten werden, sondern nur für *spätere* Änderungen, und es ist anzunehmen, daß sie überhaupt nur auf Änderungen abzielt, die nach dem Inkrafttreten des neuen Rechts beschlossen werden, nicht aber auf solche, die erst in das neue Recht hinüberführen und es verwirklichen sollen. Die Anpassung an das neue Recht steht im Sinne des § 345 Abs. 3 der *Errichtung*, nicht einer Aenderung der Satzung gleich. Diese Auffassung wird auch durch das Einf.Ges. deutlich bestätigt. Nach Art. 18 setzt die Zulassung einer bestehenden Ortskrankenkasse einen Antrag voraus, den die Generalversammlung „mit Stimmenmehrheit" zu beschließen hat; es genügt also die einfache Mehrheit bei ungetrennter Abstimmung, so daß der Beschluß insbesondere auch gültig ist, wenn er mit Zustimmung der Versicherten gegen sämtliche Stimmen der Arbeitgeber gefaßt ist. Damit würde es unvereinbar sein, wenn demnächst zur Beschlußfassung über die Satzung die Mehrheit beider Gruppen in getrennter Abstimmung erforderlich sein sollte; denn dann könnte jene Minderheit, gegen deren Stimmen der grundlegende Beschluß nach Art. 18 gefaßt ist, diesen Beschluß hinfällig machen, indem sie die Zustimmung zu den *gebotenen* Satzungsänderungen versagt und dadurch die Schließung der Kasse herbeiführt (Art. 19, 21 Einf.Ges.)

Selbstverständlich aber bedarf es getrennter Abstimmung und übereinstimmender Beschlüsse der beiden Gruppen über solche Punkte, bei denen das Gesetz dies im Hinblick auf den sachlichen *Inhalt* des Beschlusses, also nicht nur bei einer Aenderung sondern auch bei der Errichtung der Satzung fordert. Das maßgebende Gesetz ist nach Art. 1 Einf.Ges. auch insoweit die Reichsversicherungsordnung, um deren Durchführung es sich handelt. Die Vorschrift in § 21 Abs. 1 Ziff. 1a KVG., wonach zur Beseitigung der Karenzzeit für das Krankengeld und zur Einführung des Krankengeldes für Sonn- und Feiertage übereinstimmende Beschlüsse beider Gruppen erforderlich sind, bleibt daher außer Betracht, weil die RVO. diese Anforderung nicht stellt (vgl. § 191). Nach der RVO. käme für solche getrennte Beschlußfassung der Generalversammlung (abgesehen von der Dienstordnung, § 355 Abs. 2) nur eine Erhöhung der Beiträge zum Zwecke der Deckung der Regelleistungen nach §§ 388, 389 (vgl. § 345 Abs. 3) in Betracht; und dies würde selbstverständlich auch bei der Satzungsänderung zum Zwecke der Ausgestaltung oder Zulassung zu beachten sein, falls wirklich eine Kasse, die ausgestaltet oder zugelassen werden soll, genötigt wäre, zu jenem Mittel zu greifen.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Verschiedenheit des Begriffs der Erwerbsunfähigkeit im Gebiete der Krankenversicherung und der Invalidenversicherung.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, vom 5. Dezember 1912.

Die Landesversicherungsanstalt ließ für das Dienstmädchen Helene Sch. ein Heilverfahren eintreten, weil die genannte Versicherte nach dem Gutachten des Dr. T. dergestalt erkrankt war, daß bei einer Fortsetzung ihrer bisherigen Tätigkeit eine Verschlimmerung der Krankheit und künftige Erwerbsunfähigkeit befürchtet werden mußte. Die beklagte Ortskrankenkasse, der die Sch. als freiwilliges Mitglied angehörte, weigerte sich, der Landesversicherungsanstalt Ersatz in Höhe desjenigen Krankengeldes zu leisten, das die Verpflegte von ihr im Falle der Erwerbsunfähigkeit für sich hätte beanspruchen können (§ 18 Abs. 3 JVG.), indem sie bestritt, daß bei der Erkrankten Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes vorgelegen habe. Auf die infolge dieser Weigerung von der Landesversicherungsanstalt erhobene Klage verurteilte der Bezirksausschuß die beklagte Kasse zur Zahlung des seinem Betrage nach nicht streitigen Krankengeldes von 72,36 M. Das Oberverwaltungsgericht erachtete die von der Kasse gegen diese Entscheidung eingelegte Revision für begründet.

Gründe:

Dem Vorderrichter fällt zunächst insofern ein wesentlicher Mangel des Verfahrens zur Last, als er seinen Bescheid vorwiegend mit auf das bei den Vorgängen des Klägers befindliche Gutachten des Dr. Sch. stützt, ohne der Beklagten zuvor Gelegenheit gegeben zu haben, sich über den ihr unbekannten Inhalt dieses Gutachtens zu äußern. Dadurch hat der Bezirksausschuß gegen den allgemeinen Grundsatz jedes Prozeßrechtes verstoßen, daß die Verurteilung des Beklagten nicht auf Grund von Unterlagen erfolgen darf, zu deren Anfechtung er gar nicht in der Lage war.

Die Vorentscheidung ist aber auch nicht frei von einer rechtsirrtümlichen Auffassung. Der Vorderrichter hat den Unterschied nicht gehörig gewürdigt, der nach dem hiermit in bezug genommenen Urteile des Senats vom 14. Oktober 1907 (Entscheidungen Bd. 51 S. 374) zwischen dem Begriffe der Erwerbsunfähigkeit nach dem Krankenversicherungsgesetze und nach dem Invalidenversicherungsgesetze besteht. Daß bei der Verpflegten schon zur Zeit ihres Ausscheidens aus der Kasse Erwerbsunfähigkeit in der Bedeutung des ersteren Gesetzes bestanden habe, folgert der Bezirksausschuß in erster Linie aus dem Gutachten des Dr. T. vom 29. Mai 1910. Diese formularmäßige Aeußerung betrifft aber den vom Dienstmädchen Sch. gestellten Antrag auf Einleitung des Heilverfahrens durch die Landesversicherungsanstalt. In ihr ist die Frage unter 7: „Würde, falls der Kranke noch weiter arbeitet, die Fortsetzung der bisherigen Tätigkeit eine Verschlimmerung der Krankheit herbeiführen, so daß Erwerbsunfähigkeit zu befürchten wäre?" allerdings mit „ja" beantwortet worden. Berücksichtigt man aber den Zweck des Gutachtens, so läßt sich aus dieser Bejahung nur entnehmen, daß die Krankheit in ihrem weiteren Verlaufe Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes zur Folge haben werde, wenn nicht alsbald gegen sie eingeschritten würde. Dagegen läßt sich aus ihr nicht ohne weiteres folgern, daß der Sachverständige der Meinung gewesen sei, die Erkrankte habe ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit nicht noch bis zum 5. Juli 1910 ohne Gefahr der Verschlimmerung ihrer Krankheit nachgehen können. Das mit dem Vorderrichter festzustellen, erscheint um so bedenklicher, als Dr. T. in seinem späteren Gutachten sich, wie folgt, geäußert hat:

„Die pp. Helene Sch. war Ende Mai in ihrem Kräftezustande sehr heruntergekommen. Es bestand jedoch aller Wahrscheinlichkeit nach in der Zeit vom 2. Juni bis 5. Juli keine vollständige Erwerbsunfähigkeit. Die Arbeit als Dienstmagd konnte sie wohl bis zum Beginne des Heilverfahrens ausführen."

Hiernach unterliegt die Vorentscheidung der Aufhebung (§ 94 des Landesverwaltungsgesetzes).

Ein „Unterstützungsfall" im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes ist erst mit dem Tage gegeben, von welchem ab die Krankenunterstützung beansprucht wird. Vorschriften der Kassensatzung sind, wenn sich nichts anderes ergibt, im gleichen Sinne zu verstehen.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3 Senats, vom 28. November 1912.

Die klagende Landesversicherungsanstalt hatte ein Mitglied der beklagten Krankenkasse in einer Lungenheilstätte verpflegt und verlangt von ihr Ersatz in Höhe des Krankengeldes. Streit entstand nur darüber, ob der Versicherte von der Kasse Unterstützung auf die Dauer von 39 Wochen und auf ein Krankengeld von 2,50 M. für den Tag Anspruch hatte.

In dem § 21 Abs. 2 des Statuts der Beklagten ist festgesetzt, daß in Unterstützungsfällen, die innerhalb der ersten acht Wochen der Mitgliedschaft eintreten, geringere als die in den vorhergehenden Paragraphen im allgemeinen vorgesehenen Kassenleistungen zu gewähren sind. Hierzu ist bereits in

Digitized by Google

dem zwischen denselben Parteien ergangenen Urteil des Senats vom 6. Dezember 1909 — III. C. 91. 09 — folgendes ausgeführt: Nach den Grundsätzen des Krankenversicherungsgesetzes stehe es in dem Ermessen der Arbeiter, ob sie bei Eintritt einer Krankheit die Unterstützung bei der Kasse in Anspruch nehmen, oder ob sie die Arbeit ohne Inanspruchnahme der Unterstützung fortsetzen mögen. Der gesetzlich oder statutarisch bestimmte Zeitraum, für den die Unterstützung längstens zu gewähren sei, werde nicht von dem Tage an gerechnet, an welchem die Krankheit in einer Art eingetreten sei, die das Mitglied zur Inanspruchnahme der Krankenunterstützung berechtigt haben würde, sondern erst von dem Tage ab, von dem ab es die Krankenunterstützung in Anspruch nehme. Erst von diesem Tage ab liege ein Unterstützungsfall im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes vor. Daß unter dem „Unterstützungsfall" des § 21 Abs. 2 des Statuts der beklagten Kasse etwas anderes gemeint sei, und daß als Eintritt des Unterstützungsfalles in dem dort angegebenen Sinne der Eintritt einer zur Inanspruchnahme der Unterstützung berechtigenden Krankheit auch dann gelten solle, wenn das Kassenmitglied von der Inanspruchnahme einer Unterstützung abgesehen und die Arbeit fortgesetzt habe, ohne die Gewährung einer Unterstützung zu beanspruchen, könne dem Wortlaut des § 21 Abs. 2 des Statuts nicht entnommen werden. An dieser Auslegung des Statuts hält der Senat fest. Danach kommt es nicht darauf an, ob der Fritz P. innerhalb acht Wochen nach seinem am 19. Mai 1910 erfolgten Beitritt zur Kasse in einer ärztliche Behandlung erfordernden Weise erkrankt ist, sondern ob er innerhalb dieses Zeitraumes oder erst nach dessen Ablauf kassenärztliche Behandlung erhalten hat.

Aerztliche Zeugnisse ohne gehörige Begründung haben keinen Beweiswert.

Urteil d. **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, vom 30. Januar 1913.

Aus den Gründen:

Dagegen beruht die Feststellung, daß Luise R. schon bei ihrem Ausscheiden aus der beklagten Kasse, am 31. Juli 1910, ärztlicher Behandlung bedurft habe, auf einem der Begründung entbehrenden ärztlichen Gutachten, dessen Benutzung einen wesentlichen Mangel des Verfahrens darstellt. Dies Gutachten des Dr. C., das einzige bei den Vorgängen befindliche, lautet: „Fräulein Luise R. bedurfte bereits am 31. Juli 1910 der ärztlichen Behandlung." Das Oberverwaltungsgericht hat bereits in der Entscheidung vom 29. März 1904, Bd. 46 S. 63 der amtlichen Sammlung ausgesprochen, daß Gutachten, die im Verwaltungsstreitverfahren benutzt werden sollen, begründet sein müssen, damit Parteien und Richter sie nachprüfen können. Die Aufgabe des Sachverständigen besteht in der Bezeichnung der von ihm berücksichtigten Tatsachen und der Begründung der von ihm daraus gezogenen Schlüsse. Mangels eines solchen Inhalts des Gutachtens war der Bezirksausschuß außerstande, sich auf Grund des Gutachtens ein eigenes selbständiges Urteil über den Zustand der R. am 31. Juli 1910 und damit über die Grundlage der Klage zu bilden. Die Vorentscheidung war daher aufzuheben und aus demselben Grunde die Sache an den Bezirksausschuß zurückzuweisen.

Anmerkung: Vgl. auch die Entscheidung desselben Gerichtshofs in Arb.-Versorgg. 1909 S. 711 und 1911 S. 42.

Verwirkung des Anspruchs durch Ablehnung der Krankenhauspflege.

Entscheidung des **Badischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 23. April 1913.

Der in Haltingen beschäftigte und in Müllheim wohnende, verheiratete Säger J. M. erkrankte im April 1912 an Lungentuberkulose und wurde zunächst in Müllheim von einem Nichtkassenarzte behandelt. Von der Bezirkskrankenkasse Lörrach, deren Mitglied er war, am 4. Mai 1912 aufgefordert, sich zur Voruntersuchung und Prüfung der Notwendigkeit eines Heilverfahrens sich alsbald in das Krankenhaus zu Lörrach zu begeben, leistete er dieser Einweisung erst am 29. Juni 1912 Folge. Seine Klage auf Zahlung des Krankengelds für die Zeit vom 4. Mai bis 29. Juni 1912 wurde aus folgenden Gründen abgewiesen:

Nach dem Inhalt der Aufforderung des Kassenvorstands zum Eintritt in das Krankenhaus zu Lörrach war für den Kläger ein Zweifel über die Gründe und die Zulässigkeit der Einweisung bei der zu unterstellenden Kenntnis der geltenden Vorschriften nicht möglich. Nach der Natur der Krankheit und zur Feststellung über das Maß der notwendigen Fürsorge war die Beklagte berechtigt, in ihrem Kassenbezirk und durch ihre Kassenärzte den Kranken (auch während längerer Zeit) untersuchen und im Krankenhaus beobachten zu lassen. Nur auf diese Weise konnte sie sich auf Grund der Ermittlung durch ihre Organe ein begründetes Urteil darüber bilden, ob mit Rücksicht auf die Krankheitsart und den Zustand des Kranken im Interesse des Kranken selbst, der Kasse und (unter Umständen) der Versicherungsanstalt eine besondere Fürsorge einzutreten habe, und konnte nach dem Ergebnis der Beobachtung ihre Maßnahmen einrichten, wie sie später, nachdem M. vom 29. Juni bis 16. Juli 1912 der Krankenhausbeobachtung sich unterzogen hatte, eingeleitet worden sind. M. hat gegen die Einweisung selbst seinerzeit und später Einwendungen grundsätzlicher Art überhaupt nicht erhoben. Eine sofortige Vorstellung M.s bei der Kasse um Verschiebung des Eintritts in das Krankenhaus unter Verweisung auf die gerade zu

Digitized by Google

jener Zeit bei der Familie M. vorliegenden besonderen Umstände (Niederkunft der Frau am 1. Mai 1912, Notwendigkeit persönlicher Fürsorge für die Kinder) hätte wohl, wie angenommen werden darf, Erfolg gehabt, falls die Dringlichkeit der Abhaltung erwiesen oder etwa von der Armenbehörde in Müllheim bestätigt worden wäre. Allein da M. die ordnungsgemäß ihm eröffnete Einweisung überhaupt zunächst nicht beachtete, anscheinend nicht einmal seinem Arzte mitteilte, genügte er seiner Verpflichtung gegen die Kasse nicht, konnte sich auch nicht zur Entschuldigung seiner tatsächlichen Weigerung darauf berufen, daß ihn sein Arzt — der aber für den 4. Mai 1912 die Reisefähigkeit M.s ausdrücklich bestätigte — nicht in das Krankenhaus eingewiesen habe, da diesem doch als einem Nichtkassenarzt weder eine solche Befugnis noch eine Verpflichtung zu einem Antrag auf eine derartige Anordnung zustand. Die Weigerung des Klägers war daher eine grundlose. Daß er erst nach Belehrung sich zum Eintritt in das Krankenhaus entschloß, kann die Verpflichtung der Kasse, auf die Dauer der Weigerung Krankengeld zu gewähren, nicht begründen; vielmehr hatte M. den Anspruch, für diese Zeit Krankengeld von der Kasse zu beziehen, verwirkt und durch seinen Eintritt in das Krankenhaus am 29. Juni 1912 nicht nachträglich wiedererlangt.

(Zeitschr. f. Bad. Verwaltung.)

Ungerechtfertigte Abmeldung enthält eine Verletzung der Anmeldepflicht.

Entscheidung des **Badischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 20. November 1912.

Die trotz der Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses vollzogene Abmeldung des Versicherten hob die frühere Anmeldung wieder auf. Im Sinne des § 50 KVG. ist die ungerechtfertigte Abmeldung als eine Verletzung der Anmeldepflicht anzusehen. Wenn der Arbeitgeber infolge einer irrigen Belehrung durch den Bürgermeister der Meinung war, daß er den Versicherten wegen der tatsächlichen Unterbrechung der Beschäftigung durch Erkrankung abmelden müsse, so hätte er aus der vollzogenen Abmeldung die Folgerung ziehen müssen, daß der Versicherte nach der Rückkehr in die Beschäftigung wieder anzumelden war.

B. Zur Unfallversicherung.

(L) **Oeffnen und Untersuchen einer Tierleiche aus nachbarlicher Gefälligkeit als Beschäftigung im landwirtschaftlichen Betriebe; Ansteckung hierbei als Betriebsunfall anerkannt.**

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 19. Februar 1913 (Ia 10204/12).

Der Landwirt St. ist infolge Blutvergiftung, die er sich, wie mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, bei Handgriffen an einem an Milzbrand gefallenen Rind zugezogen hatte, gestorben. Das Rind gehörte dem Dorfnachbarn Landwirt C., der den St. hatte herbeirufen lassen noch ehe das Stück Vieh verendet war. St. war auch Hausschlachter, Trichinen- und Fleischbeschauer und hatte daher Erfahrungen auf dem fraglichen Gebiete. Bei welchem Handgriffe gerade St. das Milzbrandgift und damit den Todeskeim in sich aufgenommen hat, ist mit Sicherheit nicht festzustellen. Für den Fall, daß es beim Abhäuten, Wegbringen oder Verscharren des Kadavers geschehen ist, scheint die Beklagte selbst die Annahme eines Betriebsunfalls nicht ablehnen zu wollen, da sie diese Verrichtungen dem landwirtschaftlichen Betriebe des C. zurechnet. Diese Auffassung ist auch zutreffend. Aber auch wenn die Aufnahme des Milzbrandgifts erst bei der von St. auf Ersuchen des C. vorgenommenen Öffnung des Kadavers erfolgt ist, liegt der Fall nicht anders. C. hatte nicht, wie die Beklagte annimmt, lediglich ein persönliches, sondern ein wirtschaftliches Interesse an der Feststellung, woran das Rind eingegangen war. Offenbar hatte er, wie auch St., bereits Verdacht auf eine ansteckende Krankheit, und es war daher für ihn mit Rücksicht auf die für sein anderes Vieh zu treffenden Maßnahmen von Wert, zu wissen, worum es sich handelte. Die Oeffnung des Kadavers diente also dem landwirtschaftlichen Betriebe des C, und die Umstände sprechen dafür, daß St. die Oeffnung ebenso wie die sonstigen Handgriffe aus nachbarlicher Gefälligkeit im Hinblick auf gelegentliche Gegenleistungen des C. für seinen (des St.) landwirtschaftlichen Betrieb vornahm. Darauf deutet besonders die Tatsache, daß St. auch beim Wegbringen des Kadavers vom Gehöft hilfreiche Hand leistete, also Handreichungen machte, die mit seinen Erfahrungen als Fleischbeschauer nichts zu tun hatten. Hiernach liegt ein landwirtschaftlicher Betriebsunfall vor. Dabei sei bemerkt, daß, wenn man nicht schon aus vorerwähnten Gründen zur Annahme eines solchen gelangte, zu erwägen wäre, ob nicht St. die Oeffnung des Kadavers auch aus Rücksicht auf seinen eigenen landwirtschaftlichen Betrieb vornahm; denn nachdem er bei C. zur Hilfeleistung zugezogen und offenbar Verdacht auf eine ansteckende Viehkrankheit gewonnen hatte, lag es auch im Interesse seines eigenen landwirtschaftlichen Betriebs, zu wissen, ob

Digitized by Google

im Viehbestande des Nachbarn C. eine Viehseuche herrschte. Hiernach ist der Anspruch der Kläger auf die gesetzliche Hinterbliebenenentschädigung gerechtfertigt.

Besserung durch weitere Angewöhnung trotz früherer Annahme vollkommener Anpassung.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 28. April 1913.

Der Bergmann Aug. S. hatte am 15. Mai 1905 im Betriebe der Zeche Oberhausen eine Quetschung am dritten und vierten linken Finger mit nachfolgendem Verlust zweier Glieder vom dritten linken Finger erlitten. Hierfür bezog er seit dem 1. Oktober 1906 noch eine Rente von 10 % Erwerbsverminderung. Nach fünf Jahren — im Oktober 1911 — beantragte die Berufsgenossenschaft beim Schiedsgericht die Aufhebung der Rente, weil nach dem Ergebnis der ärztlichen Untersuchung und nach den Lohnverhältnissen des S. für erwiesen gelten müsse, daß der Verletzte infolge des Unfalls nicht mehr erwerbsbeschränkt sei. Da das Schiedsgericht sich dieser Begründung anschloß und die Rente dem Antrage entsprechend aufhob, legte S. Rekurs ein, und sein Vertreter führte in der mündlichen Verhandlung aus, daß schon damals bei Feststellung der Rente von 10 % eine völlige Angewöhnung an den Zustand der Hand angenommen worden sei. Eine noch weitere Gewöhnung könne also jetzt nicht konstruiert werden. Der Rekurs wurde jedoch aus folgenden Gründen verworfen:

Abgesehen davon, daß Dr. M. bei seiner Untersuchung am 13. Oktober 1911 objektiv eine Zunahme der Muskulatur des linken Armes festgestellt hat, kann auch in Uebereinstimmung mit dem ärztlichen Sachverständigen unbedenklich angenommen werden, daß weitere Gewöhnung an die hauptsächliche Folge des Unfalls vom 15. Mai 1905, den Verlust fast des ganzen linken Mittelfingers, eingetreten ist. Für diese Annahme spricht die Steigerung der Lohnverhältnisse des Verletzten. Der Einwand, daß bereits bei Festsetzung der Teilrente von 10 % von der Berufsgenossenschaft, dem Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt vollkommene Angewöhnung angenommen sei, so daß von einer weiteren Anpassung nicht mehr die Rede sein könne, ist nicht stichhaltig. Zwar ist in dem Gutachten der Aerztekommission vom 21. September 1906 gesagt, daß Angewöhnung erfolgt sei, und ebenso ist in dem Bescheide der Berufsgenossenschaft vom 28. September 1906 die völlige Angewöhnung als Grund für die Herabsetzung der Rente auf 10 % miterwähnt. Dagegen ist in dem Gutachten des Kreisarztes Medizinalrats Dr. M. vom 22. Januar 1907, auf das sich das schiedsgerichtliche Urteil vom 8. April 1907 stützt, die Angewöhnung als Besserungsmoment nicht erwähnt, im Gegenteil noch eine Abmagerung der Muskulatur des linken Armes um 1 bis $1^1/_2$ cm und eine geringe Beschwielung der linken Hand festgestellt und die wesentliche Besserung lediglich in der völligen Heilung und Unempfindlichkeit der Narbe und der besseren Beweglichkeit der Finger erblickt. Ebensowenig ist auch, ganz abgesehen davon, daß Urteilsgründe im allgemeinen der Rechtskraft nicht fähig sind, aus den Gründen des Urteils des Reichsversicherungsamts vom 10. Oktober 1907 zu entnehmen, daß der Senat damals schon völlige Gewöhnung an die Verstümmelung der Hand für erwiesen erachtet hat. Endlich ist es sachlich unwahrscheinlich, daß im Anfang Oktober 1906, als noch nicht anderthalb Jahre seit dem Unfall vergangen waren, die Gewöhnung an den Fingerverlust schon eine so vollständige gewesen sein sollte, um eine weitere Gewöhnung unbedingt ausgeschlossen erscheinen zu lassen. Hiernach mußte die Aufhebung der Rente für gerechtfertigt erachtet werden. Der Rekurs war daher zurückzuweisen. (Kompaß.)

Durch Anmeldung eines bedingten Entschädigungsanspruchs wird die Ausschlußfrist des § 72 Abs. 1 GUVG. gewahrt.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 15. Februar 1913.

In der polizeilichen Untersuchung über den Unfall vom 16. September 1907 hat der Kläger, wie die Niederschrift über die polizeiliche Verhandlung vom 15. Oktober 1907 ergibt, erklärt: „Ich bin zurzeit noch erwerbsunfähig und behalte mir daher etwaige Ersatzansprüche an die Berufsgenossenschaft vor." Diese Erklärung enthält eine bedingte Anmeldung des Entschädigungsanspruchs, die, da die Niederschrift am 19. Oktober 1907, also innerhalb der Ausschlußfrist des § 72 Abs. 1 GUVG. bei der Beklagten eingegangen ist, nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts die Verjährung ausschließt (zu vgl. Handb. d. Unfallvers. Bd. I S. 485 Anm. 5 Abs. 2 zu § 72 GUVG.).

Herabsetzung der Hilflosenrenten eines völlig Erblindeten wegen Gewöhnung.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 2. Januar 1913.

Das Reichsversicherungsamt hat nach Prüfung des Sachverhalts keinen Anlaß gefunden, von der Entscheidung des Schiedsgerichts abzugehen. Es ist gleichfalls auf Grund der Ausführungen der ärztlichen Gutachten zu der Anschauung gekommen, daß im Laufe der langen seit dem Unfalle vom 3. August 1903 verflossenen Zeit eine wesentliche Besserung in der Hilflosigkeit des Verletzten eingetreten ist. An die Erblindung der beiden Augen muß sich der Verletzte in den seit dem Unfalle verflossenen Jahren bis zu

Digitized by Google

einem gewissen Grade gewöhnt haben. Diese wird auch durch die medizinische Erfahrung, wie der Direktor der Königlichen Universitätsaugenklinik in Bonn, Geheimer Medizinalrat Professor Dr. Kuhnt, in seinem Gutachten vom 18. Oktober 1911 näher zum Ausdruck bringt, bestätigt. J. ist bei nur einigermaßen gutem Willen jetzt zweifellos in der Lage, sich in den ihm gewohnten Räumen, namentlich zu ebener Erde, sicherer zu bewegen. Es muß ihm auch möglich sein, allein zu essen, sich im wesentlichen allein an- und auszukleiden, und auch sonst mit den Händen einzelne Verrichtungen auszuführen. Die Angaben, er sei noch derart hilflos, daß man ihm sogar die Gabel zum Essen reichen müsse, entspricht offensichtlich nicht den tatsächlichen Verhältnissen. Auch die gleichfalls als Unfallfolge aufgetretene Beschränkung der Gehörfähigkeit kann als sehr erheblich ins Gewicht fallend nicht anerkannt werden, da sie sich lediglich als eine mäßige Beeinträchtigung der Hörfähigkeit gegenüber Flüstersprache darstellt. J. kann daher auf keinen Fall mehr so von seiner Umgebung abhängig sein, wie es z. B. ein Gelähmter ist, und wie er es zweifellos unmittelbar nach dem Unfall selbst war. Es muß daher in der eingetretenen Gewöhnung an den Verlust des Augenlichts eine wesentliche Besserung erblickt werden, die zu einer Minderung der bisher gewährten Höchstentschädigung für völlige Hilflosigkeit berechtigt. Die nunmehrige Entschädigung des Grades der Hilflosigkeit des J. mit 80 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes muß als der Sachlage angemessen bezeichnet werden.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

§ 1500 RVO. gilt auch für Beschwerden über Straffestsetzungen auf Grund anderer als der in §§ 1487 ff. enthaltenen Strafvorschriften.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 29. Juni 1912.

Es ist kein ausschlaggebendes Gewicht darauf zu legen, daß der § 1467 RVO. nicht dem den § 1500 enthaltenden Kapitel III „Strafvorschriften" angehört. Die Stellung beider Vorschriften im Aufbau der Reichsversicherungsordnung und ihr Verhältnis zueinander deckt sich mit der Einordnung der entsprechenden Vorschriften im Invalidenversicherungsgesetz. Der § 178 IVG. steht unter „Strafbestimmungen" und bezieht sich gleichwohl auch auf die unter einem anderen Kapitel im § 161 Abs. 3 IVG. behandelten Kontrollvorschriften. Bei anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung ist ebenfalls die äußere Stellung im Gesetze für ihre Auslegung und ihre Tragweite nicht unbedingt entscheidend.

Auch in den Fällen des § 1466 Abs. 3, der gleichartige Geldstrafen wie § 1467 vorsieht, entscheidet das Oberversicherungsamt auf Beschwerde (§ 1792). Ebenso entscheidet das Oberversicherungsamt nach § 1468 über andere Streitfragen aus gleichem Anlaß. Es läßt sich nicht annehmen, daß der Gesetzgeber für die im wesentlichen dieselben Fragen berührenden Beschwerdesachen aus § 1467 eine andere Dienststelle zur Entscheidung hätte berufen wollen. Für diese Auffassung spricht auch die Entstehungsgeschichte des § 1467. Im Entwurfe (§ 1449 a. E.) war wegen eines Verstoßes gegen die Ueberwachungsvorschriften eine Strafbefugnis sowohl für die Versicherungsämter als auch für die Anstaltsvorstände vorgesehen. Erst in der Kommission ist die erstere gestrichen worden (vgl. Komm.Ber. 4 S. 200 zu § 1449). Der Bundesrat kann bei dem Vorschlag der wahlweisen Strafbefugnis einen verschiedenen Beschwerdeweg nicht im Auge gehabt haben, je nachdem, ob das Versicherungsamt der Versicherungsanstalt zuvorkommen würde oder umgekehrt.

Uebrigens ist auch in dem die Unfallversicherung behandelnden Dritten Buche der Reichsversicherungsordnung der Rechtsgang bei Beschwerden gegen alle Arten von Straffestsetzungen des Versicherungsträgers allgemein unter dem 12. Abschnitt „Strafvorschriften" (§§ 910, 1045, 1224) geregelt. Daß der dort vorgeschriebene Rechtsgang nicht bloß gelten soll für die vom Gesetz in diesem Abschnitt vorgesehenen Strafen, sondern durchweg und namentlich auch bei Straffestsetzungen, welche die Versicherungsträger auf Grund selbstgeschaffener Strafbestimmungen (in den Satzungen und Unfallverhütungs-, insbesondere Betriebsüberwachungsvorschriften) vornehmen, ergibt sich schon aus der — sonst unverständlichen — Ausnahmevorschrift im § 910 Abs. 2. Sie verweist nämlich auf Strafvorschriften, die in anderen Abschnitten enthalten sind. Die hiernach überflüssige Vorschrift im § 870 Satz 2 über die Zuständigkeit des Oberversicherungsamts erklärt sich aus ihrer Entstehungsgeschichte; die Reichstagskommission wollte hier eine, damals im § 910 (§ 908 des Entw.) noch nicht vorgesehene, kollegiale Beschlußfassung durch die Beschlußkammer einführen. Nachdem sie im § 910 allgemein die kollegiale Beschlußfassung vorgeschrieben hatte, hat sie übersehen, die nunmehr entbehrliche Sondervorschrift im § 870 (§ 868 des Entw.) zu streichen (vgl. Komm.Ber. 3 S. 174 zu § 868, S. 187 zu §§ 908 bis 910).

Digitized by Google

Wollte man in den Fällen des § 1467 RVO. die förmliche Rechtsbeschwerde aus § 1500 versagen und nur gemäß §§ 30 und 1381 (1382) die allgemeine sog. Aufsichtsbeschwerde an das Reichsversicherungsamt oder Landesversicherungsamt zulassen, so würde sich daraus die bedenkliche Folge ergeben, daß dann die Beschwerde an keine Frist, insbesondere nicht an die einmonatige Frist des § 128 Abs. 1 RVO., gebunden wäre, vielmehr noch nach Jahr und Tag erhoben werden könnte (zu vgl. Komm.Ber. 1 S. 235 letzter Abs.).

Hiernach hat das Reichsversicherungsamt den § 1500 auch in den Fällen des § 1467 RVO. für anwendbar erachtet.

Entwerten der Beitragsmarken; regelmäßiger Entwertungstag ist der Sonntag.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 25. April 1913.

Sämtliche für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung verwendeten Marken müssen alsbald nach dem Einkleben entwertet werden. Beim Entwerten dürfen die Marken nicht unkenntlich gemacht werden; insbesondere müssen der Geldwert, die Lohnklasse und der Name der Versicherungsanstalt ersichtlich bleiben.

Das Entwerten der Marken hat in der Weise zu erfolgen, daß mit Tinte oder einem ähnlich festhaltenden Farbstoff auf jeder einzelnen Marke handschriftlich oder durch Stempel der betreffende Kalendertag lediglich in Zahlen deutlich bezeichnet wird, z. B. „27. 4. 13", nicht etwa „27. April 1913" oder gar „Entwertet am 27. April 1913" od. dgl.

Nach § 1431 Satz 2 RVO. soll als Tag der Entwertung der letzte Tag desjenigen Zeitraums angegeben werden, für den die Marke gilt. Da die Beitragswoche nach § 1387 Abs. 3 a. a. O. mit dem Montag beginnt, so gilt jede einzelne Beitragsmarke, sei es nun eine Einwochen-, eine Zweiwochen- oder eine Dreizehnwochenmarke, immer bis zu einem Sonntag, auch wenn bei dem die Marke einklebenden Arbeitgeber eine Beschäftigung am Sonntag nicht stattfindet oder die Beschäftigung sogar während der Woche aufhört (§§ 1426, 1428 a. a. O.). Somit ist durchweg der Sonntag als Tag der Entwertung einzutragen, auch wenn die Markenverwendung oder die Eintragung schon an einem früheren oder erst an einem späteren Tage stattfindet.

Ständige und unständige Arbeiter sind in bezug auf das Entwerten der Marken gleichmäßig zu behandeln.

Nur auf den Zusatzmarken, die für die freiwillige Zusatzversicherung zu verwenden sind, soll als Tag der Entwertung der Tag vermerkt werden, an dem sie in die Quittungskarte eingeklebt werden.

Eine andere Regelung des Markenentwertens ist für das Einzugs- und das Berichtigungsverfahren sowie für die Beitragsüberwachung zulässig, und zwar durch die obersten Verwaltungsbehörden der einzelnen Bundesstaaten.

Die Form des Entwertens derjenigen Marken, die nicht bereits anderweit entwertet worden und deshalb von der Versicherungsanstalt zu entwerten sind, bleibt dieser überlassen.

(Zu vgl. die §§ 1431, 1453 Abs. 1 und § 1482 Abs. 2 RVO. und dazu die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 10. November 1911 über die Einrichtung der Quittungskarten für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie über das Entwerten und Vernichten der Beitragsmarken und der Zusatzmarken — Reichs-Gesetzbl. 1911 S. 937, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamt 1911 S. 565 ff.; ferner Erlaß des Königl. Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 1. Juni 1912 — a. a. O. S. 869 —).

(L.) **Bei Zuerkennung von Waisenrente ist in der Urteilsformel der jeder einzelnen Waise zustehende Rentenbetrag anzugeben.**

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. Mai 1913 — II 3381/12 —.

Das Oberversicherungsamt hat die Urteilsformel dahin gefaßt, daß die Beklagte „zur Zahlung einer Waisenrente von jährlich 120 M." verurteilt wird. Diese Fassung ist nicht genau, da jedes Kind einen selbständigen Anspruch auf die ihm gebührende Rente hat. Der Anspruch eines jeden Kindes dauert, bis es das fünfzehnte Lebensjahr vollendet (§ 1259 RVO.). Scheidet ein Kind aus der Zahl der Rentenberechtigten aus, so erhöht sich dadurch nach § 1292 RVO. die Rente der übrigen Kinder.

Anmerkung: Daß jedem Kinde ein selbständiger Anspruch auf die ihm gebührende Rente zusteht, bedeutet nicht etwa, daß auf Grund des § 1292 RVO. der ältesten Waise drei Zwanzigstel und jeder weiteren Waise nur ein Vierzigstel des Grundbetrages und der Steigerungssätze zusteht. Vielmehr bestimmt § 1292 mit § 1294 nur den Gesamtbetrag der Waisenrente, von welcher jeder einzelnen Waise ein gleicher Anteil gebührt (vgl. Hanow-Lehmann Anm. 3 zu § 1292 RVO.). Dieser Anteil ist die Rente, auf die nach der vorstehenden Entscheidung jedes Kind einen selbständigen Anspruch hat.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Aerztetag, Leipziger Verband und Krankenkassen.

Am 4. Juli ist in Elberfeld der 39. Deutsche Aerztetag zusammengetreten. Am Tage vorher hielt der Leipziger Verband unter dem Vorsitz von Dr. Hartmann seine Hauptversammlung ab. Der Vorsitzende leitete die Verhandlungen mit einem Rückblick und Ausblick ein und erörterte das Verhältnis der Aerzteschaft zu den Krankenkassen. Wenn in die Streitigkeiten hier und da die Behörden eingreifen mußten, so sei dies keineswegs im Interesse der Aerzte, sondern nur in der Absicht geschehen, der gesetzlichen Pflicht zu genügen oder gegenüber der notorischen Unfähigkeit der Krankenkassen (!). Ein Erlaß des preußischen Ministers des Innern zugunsten der Kassenverbände biete Grund zu der Annahme, daß in Preußen den ärztlichen Vertragskommissionen ihr Leben noch saurer gemacht werden solle. Ein Kennzeichen der Stimmung in Regierungskreisen bilde auch der Erlaß des preußischen Ministers des Innern vom vorigen November über die Rechtsfähigkeit der ärztlichen Vereine. Gegen diese haben neuerdings auch die sächsische Regierung mobil gemacht. Wenn auch das Preußische Kammergericht zugunsten des Ministers des Innern entschieden habe, so sei das letzte Wort noch nicht gesprochen. Der höchste sächsische Gerichtshof habe entgegengesetzt entschieden, und einzelne preußische Landgerichte haben sich sogar noch nach dem Kammergerichtsurteil für die Eintragungsfähigkeit der ärztlichen Vereine ausgesprochen; deshalb werde in nächster Zeit das Reichsgericht die endgültige Entscheidung zu treffen haben. Der Verband nationaler Krankenkassen, „ein Veilchen im Verborgenen", sei mit einem Referat des Justizrats Fuld-Mainz an die Oeffentlichkeit getreten. Dieser habe die Verdächtigung ausgesprochen, daß der Leipziger Verband an seinen Tarifverträgen Nichtmitglieder teilnehmen lassen wolle. Diese Behauptung ist falsch. Dann habe der Vorsitzende des Ortskrankenkassenverbandes, Fräßdorf-Dresden, und neuerdings in Hamburg auch der Vorsitzende des Verbandes der Betriebskrankenkassen, Justizrat Wandel-Essen, die Behauptung aufgestellt, die ärztlichen Forderungen könnten nicht erfüllt werden, weil sonst die soziale Tätigkeit der Krankenkassen Schaden leiden würde. Das sage man in einer Zeit, in der in hunderten von Krankenkassen die Forderungen der Aerzte zum großen Teil oder sogar ganz durchgeführt sind, und in der die Krankenkassen den kolossalen Aufschwung genommen haben, um den uns die ganze übrige Welt beneide. Nun drohe man, daß man die freien Aerzte überhaupt ausschalten und an ihrer Stelle beamtete Aerzte anstellen wolle. In der Begründung des ersten Entwurfs der Reichsversicherungsordnung habe die Regierung ausdrücklich von der gedeihlichen Tätigkeit der freien Aerzte gesprochen, und es sei nicht anzunehmen, daß in einer so wichtigen Frage die Regierung plötzlich ihre Anschauung wechseln wolle. Es habe sich wohl nur um einen Schreckschuß gehandelt. Die neueste Erscheinung auf dem Gebiet der Differenzen zwischen Krankenkassen und Aerzten aber sei der Erlaß des Reichskanzlers bzw. des Staatssekretärs des Innern Dr. Delbrück zum § 370 RVO. Die Aerzte hätten von der Anwendung dieses Kampfparagraphen für sich gar nichts zu befürchten. Sollten aber die Krankenkassen von ihm unvorsichtig Gebrauch machen, so würden sie dadurch die Krankenversicherung selbst in Trümmer schlagen. Man habe geflissentlich das Scheitern der Verhandlungen im Reichsamte des Innern im vorigen Jahre dem Leipziger Verbande zur Last gelegt. Der Verband habe sich aber nur streng an die ursprüngliche Voraussetzung der Verhandlungen gehalten, wonach Abkommen zwischen dem Leipziger Verband und den großen Krankenkassenverbänden getroffen werden sollten. Auf einseitigen Wunsch der Kassenverbände habe aber der Staatssekretär dem Leipziger Verband zugemutet, daß außer ihm noch eine kleine Gruppe von Aerzten zugezogen werde, die man günstigenfalls als eine „Vereinigung überzeugter Egoisten" bezeichnen könnte, aber niemals einen Verband nennen könne. Wenn es den Krankenkassen ernstlich um den Frieden zu tun sei, dann können sie mit dem Leipziger Verband auch ohne Vermittler verhandeln, freilich nicht unter der Voraussetzung, daß dem Leipziger Verband seine alten Forderungen einfach wegdisputiert werden könnten. Die Kassen brauchen nicht zu fürchten, daß ihnen die freie Arztwahl überall wahllos aufgezwungen werde. Der Leipziger Verband wolle lediglich verhindern, daß die freie Arztwahl dort, wo sie besteht, abgeschafft werde, und er sei bestrebt, zu erreichen, daß sie dort eingeführt werde, wo die Aerzteschaft selbst es wünsche, und wo die Lage der Krankenkassen es ermögliche. Wo ein Zweifel bestehe, sei der Leipziger Verband stets gern bereit, in eine sachliche Prüfung einzutreten und sich gegebenenfalls einem unparteiischen Schiedsgericht zu unterwerfen.

Der Vortrag wurde mit lebhaftem Beifall aufgenommen. Weiterhin folgten noch Erörterungen zur Angestelltenversicherung. Mit Bedauern wurde festgestellt, daß es bei der einseitigen Bevorzugung beamteter Aerzte als Vertrauensärzte verbleiben und daß Eingaben des Leipziger Verbandes abschlägig beschieden wurden. Aber die Frage selbst habe gezeigt, daß das System der Bevorzugung beamteter Aerzte nicht durchführbar sei, denn in vielen Fällen mußten nichtbeamtete Spezialärzte hinzugezogen werden. Es wurde beschlossen, den zum Teil angestellten Vertrauensärzten die Kündigung ihrer Stellen zu empfehlen und in Zukunft sollen solche Stellen nur noch mit Zustimmung der lokalen Aerzteorganisation eingenommen werden dürfen.

Die Verhandlungen des Aerztetages selbst wurden von Dr. Dippe-Leipzig geleitet. Das preußische Ministerium des Innern war durch den Ministerialdirektor Dr. Kirchner vertreten. Auch diese Verhandlungen standen — zwar nicht ausschließlich, aber doch zunächst — im Zeichen des Streites mit den Krankenkassen. Freilich führte Dr. Dippe in seinem einleitenden Vortrage aus, daß zwar gekämpft werden mußte, daß aber eigentlich nicht mehr gekämpft werden müsse. „Uns Aerzten — so fuhr er fort — traten die sozialen Gesetze als etwas völlig Neues entgegen. Wir stellten uns in der besten Absicht, sie gut zu verstehen, in ihren Dienst, und als die großen Gefahren und Nachteile, die für uns daraus entstanden, recht erkannt wurden, hatten die Kassen den vereinzelt stehenden Aerzten gegenüber eine derartige Machtstellung erworben, daß freundliches Zureden zum Nachgeben nicht mehr wirken konnte und daß wir uns in hartem Kampf unsere Stellung als eine gleichberechtigte und gleich mächtige Partei erringen mußten. Das war notwendig, und nun könnten wir eigentlich das Kriegsbeil begraben und uns zu friedlicher, ersprießlicher Arbeit zusammentun. Wir sind dazu be-

Digitized by Google

reit und die Krankenkassen sollten es auch sein; wissen sie doch, daß wir von unseren immer wieder aufgestellten, begründeten und verfochtenen Grundforderungen einfach nicht abgehen können, jetzt nicht und auch in Zukunft nicht, und wissen sie doch aus tausend Beispielen, daß diese Forderungen sich mit dem Gedeihen der Krankenkassen aufs beste vereinigen lassen. Der alte liebe Unsinn von dem finanziellen Ruin der Krankenkassen durch uns scheint doch nun langsam an innerer Kümmerlichkeit einzugehen und wagt sich nur noch selten hervor. Und wenn wir ihn wieder einmal gedruckt fanden, so hatte man das Gefühl, daß der Schreiber sich ein klein bißchen geschämt hat. Selbstverständlich mußten auch unsere Musterverträge zunächst als unerfüllbar, überspannt und unglaublich bezeichnet werden. Aber auch das hat nicht mehr so den alten Schwund. Es macht müde, andauernd etwas zu behaupten, was man selbst nicht glaubt, und man hat fast das Gefühl: man ist auf der Gegenseite von der Bescheidenheit unserer Forderungen überrascht! So vortrefflich sachlich klar und wohlbegründet hatte man sich das Ganze wohl nicht gedacht. Alles, was darinsteht, verträgt sich aufs beste mit den gesetzlichen Bestimmungen und mit dem Wohl der Krankenkassen, nur mit etwas verträgt es sich nicht, nämlich mit dem bekannten Arbeitgeberstandpunkt, ich will Herr im Hause sein und meine Aerzte zulassen, behandeln und Arzneien verschreiben lassen, wie es mir gefällt. Wer sich von diesen schönen Vorstellungen freimachen und ohne Voreingenommenheit zu den Verhandlungen kommen kann, mit dem wird auf Grund der Musterverträge nicht allzuschwer etwas Gutes zu schaffen sein. Wer den Weg zum Guten gewiesen hat und von dem Rechte und der sieghaften Kraft seiner Sache überzeugt ist, dem steht unser Optimismus ganz gut. Mein Optimismus geht noch weiter. Ich verspreche mir noch etwas anderes von unseren Musterverträgen, daß sie unsere Reihen noch fester schließen und auch die letzte kleine Gruppe Kollegen ganz zu uns zurückführen werden, die bisher noch glauben, innerhalb unserer Gesamtorganisation ihre Sonderinteressen auch gesondert am besten vertreten zu können. Und noch ein Drittes verspreche ich mir von den Musterverträgen: eine günstige und aufklärende Wirkung auf alle diejenigen, die von Berufs wegen oder aus Neigung unsere Bestrebungen verfolgen. Aber Schwierigkeiten über Schwierigkeiten haben sich diesen Vereinen entgegengestellt, die in dem Urteil des preußischen Kammergerichts ihren Höhepunkt erreicht haben, einem Urteil, das nebenbei wieder einmal unser ganzes Streben und Ringen als eitel Geldgier, als Jagd nach dem Nickel festgestellt (?!) und damit ein gutes Stück von dem bescheidenen Schatz weggenommen hat, den wir an Wohlwollen der Oeffentlichkeit besitzen. Dieser schwere Kampf gegen die jüngsten Kinder unserer Organisation ist aber nicht das einzige dafür, daß man uns neuerdings wieder mit so ganz besonderem Wohlwollen begleitet, es ließe sich da noch so manches anführen von den famosen dreitausend beamteten Aerzten, die die übrigbleibenden Kollegen mit einem Schlag brotlos machen sollten bis zu dem neuesten Erlaß der badischen Regierung, die uns das Abraten vom Studium der Medizin unmöglich macht. Dieser Erlaß hat nun seinen ganz besonderen Reiz; er läßt in freundlicher Offenheit seinen Urheber, nämlich den Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen, erkennen. Das ist für uns keine allzugroße Ueberraschung. Daß dort unsere mächtigsten und intimsten Freunde sitzen und dort alles aufs eifrigste betrieben und unterstützt wird, was nur irgendwie unsere Organisation und ihre Aufgaben stören und schädigen kann, und daß von dort aus alle anderen Krankenkassen mit einer merkwürdig anmutenden Feundschaft mit Rat und Tat gegen uns aufgewiegelt werden, das wissen wir. Die Herren, die dort den Ton angeben, kommen auch ihren Krankenkassen gegenüber nicht über den Standpunkt des selbstherrlichen Arbeitgebers hinweg. Sie sind die Macht gewohnt und stehen nicht an, zu deren Befestigung und Ausbeutung alle Mittel zu verwenden, nicht zuletzt ihren großen politischen Einfluß. Hier wird ein Kampf um die Macht getrieben, aber mit recht ungleichen Mitteln an Einsatz und Gefahr: dort die Macht auf einem bescheidenen Nebengebiet, hier zugleich damit das Wohl und Wehe unseres ganzen Standes. Dort bedeutet Nachgeben eine kleine Selbstüberwindung ohne jeden Schaden für die Sache, und hier wäre Nachgeben oder Unterliegen die Vernichtung der Berufsfreudigkeit und der ganzen Stellung des Aerztestandes. Zu einem solchen Kampfe gehören nicht nur Mut und Begeisterung, sondern auch sorgsame Ueberlegung und Ruhe . . ."

Ministerialdirektor Dr. **Kirchner** begrüßte den Aerztetag im Namen des Ministers, der für selbstverständliche Pflicht erachte, das Wohlergehen des Aerztestandes im Auge zu behalten: denn der Aerztestand als freier Beruf könne verlangen und erwarten, daß die Regierung ihn in die Lage versetzt, zu seinem und des Volkes Heil seinen Beruf auszuüben. Aber der Aerztestand könne nicht verlangen, daß die Regierung in die wirtschaftlichen Schwierigkeiten, die sich für ihn ergeben haben, eingreift. Die Aufgabe der Staatsregierung könne nur sein, den ehrlichen Makler zwischen den Parteien zu bilden und den Weg zu finden, der für die Allgemeinheit der beste ist. Der Aerztestand dürfe mit großer Ruhe der Zukunft entgegensehen. Es würde ein mittlerer Weg des freundschaftlichen Verständnisses sich finden; dann würde auch der ärztliche Stand das Vertrauen, das er durch unzweckmäßige Treibereien in manchen Kreisen eingebüßt habe, wieder zurückgewinnen und wieder das werden, was er war, der Freund des Volkes.

Im weiteren Verlaufe der Verhandlungen berichtete Dr. **Streffer**-Leipzig über die **Musterverträge**, welche die Krankenkassenkommission des deutschen Aerztevereinsbundes aufgestellt hat. Er führte aus: Es ist vor allem zu verlangen, daß die Krankenkassen sich mit der ärztlichen Organisation in Verbindung setzen, und nicht mit den einzelnen Aerzten. Wir können es unmöglich dem einzelnen Kassenvorstand überlassen, eine ausschließliche Entscheidung darüber zu treffen, ob den Aerzten, die zur Mitarbeit bereit sind, die Arbeitsmöglichkeit eröffnet oder verschlossen werden soll. Wir sind nach wie vor jederzeit gern bereit, die Gründe der Kassen für die Beschränkung der Aerztezulassung anzuhören und zu würdigen. Aber der Kassenautokratie die willkürliche Festsetzung zu überlassen, welches System der kassenärztlichen Versorgung eingeführt werden soll, das ist für uns unannehmbar. Ebenso unannehmbar sind und bleiben für uns darum alle Einigungsverhandlungen, die die Erörterung über diesen Angelpunkt der kassenärztlichen Frage von vornherein ausschließen will. Und ebenso unannehmbar ist für uns die Teilnahme von Aerztegruppen, die dieses von uns als unerträglich empfundene Recht der Krankenkassenvorstände grundsätzlich anerkennen und gegen uns kämpfen. Etwas anderes ist es, wenn die Kassen den Wunsch haben, mit jedem einzelnen Arzt für alle Fälle einen besonderen Dienstvertrag zu schließen. Eine solche persönliche Verpflichtung widerstreitet dem Kollektivvertrag in keiner Weise, vorausgesetzt, daß sie unter Mitwirkung der ärztlichen Organisation zustande kommt. Wir haben den kassenärztlichen Vereinen den Rat gegeben, die Rechtsfähigkeit zu erwerben. Das Kammergericht hat gegen uns entschieden. Wir haben das Reichsgericht angerufen; sollte die Entscheidung gegen uns ausfallen, so werden wir uns auf andere Weise zu helfen wissen. Denn die Rechtsfähigkeit ist für unsere Vereine keine

Digitized by Google

unerläßliche Bedingung, und unsere Forderung, daß nur mit den Organisationen der Aerzte verhandelt werden soll, hat mit der Frage der Eintragungsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine überhaupt nichts zu tun. Wichtig ist für uns ferner die Bestimmung, daß Kassenmitglieder nicht auf Krankenkassenkosten von nichtapprobierten Aerzten sollen behandelt werden dürfen. Es ist eigentlich ein Jammer, daß man hierüber in einem Kulturstaat ein Wort verlieren muß. Wenn wir einzelnen Aerzten es ablehnen, mit einem Kurpfuscher zusammen Kranke zu behandeln, dann müssen wir als Körperschaft es erst recht ablehnen, in einer Krankenkasse mit den lichtscheuen und gemeingefährlichen Kurpfuschern zu praktizieren. Deshalb ist auch diese Bestimmung eine der wichtigsten in unserem Mustervertrag. Wir haben angesichts der Erweiterung des Kreises der Versicherten durch die Reichsversicherungsordnung die Kassenmitglieder in vier Gruppen eingeteilt und verlangen für diese verschiedenen Gruppen ein abgestuftes Honorar. Wir müssen so vorgehen angesichts der Tatsache, daß der Kreis der Versicherten immer größer wird. Wenn unsere Forderungen jetzt größer geworden sind als früher, so wird dies jeder als natürlich zugeben müssen, an dem nicht spurlos vorübergegangen ist, daß unsere Arbeiterversicherung sich zu einer allgemeinen Volksversicherung entwickelt hat. Nur wenn unsere Forderungen erfüllt werden, kann der deutsche Aerztestand in jeder Beziehung sich auf der Höhe seiner Leistungsfähigkeit erhalten, und es kann ihm die Berufsfreudigkeit bewahrt bleiben, ohne die unsere ganze Sozialversicherung verkümmern und verdorren muß. Ohne die tätige Mitarbeit der deutschen Aerzteschaft kann die Krankenversicherung nicht gedeihen und erst recht nicht durchgeführt werden im Kampf mit den Aerzten selbst. Deshalb schreckt uns auch nicht die Anwendung des § 370 RVO., es schreckt uns nicht, wenn neulich ein Krankenkassentag die großzügige Anwendung dieser Bestimmung gefordert hat und es schreckt uns noch weniger, wenn der Reichskanzler erst in den letzten Tagen an die Krankenkassen einen Erlaß gerichtet hat mit der Verständigung, daß mit dem Inkrafttreten des § 370 bereits zum 1. Januar 1914 zu rechnen ist. Uebrigens etwas, woran von uns kein Mensch gezweifelt hat. Wenn wir wissen, was wir wollen und einig sind, brauchen wir die Durchführung aller dieser Maßnahmen nicht zu fürchten und ebensowenig auch die 3000 beamteten Kassenärzte. Vor allem aber brauchen wir uns nicht zu fürchten vor einem vertragslosen Zustand. Dann würde der Satz gelten: à la guerre, comme à la guerre! Dann würden auch wir uns nicht im geringsten genieren vor der Anwendung aller uns aufgezwungenen Kampfmittel. Wenn trotzdem die meisten von uns einen solchen Kampf nicht wünschen, so geschieht es aus Interesse für die Sache, für die wir kämpfen und die sicherlich nicht unversehrt aus einem so heftigen Streit hervorgehen würde. Aus diesen Gründen und aus dieser Gesinnung waren und sind wir noch heute zu Verhandlungen mit den Kassen bereit. Allerdings nur dann, wenn wir uns als mit den Krankenkassen gleichberechtigte Faktoren gegenüberstehen, und wir müssen uns dann über alle Fragen des kassenärztlichen Dienstes verständigen. Unter dieser Voraussetzung der vollständigen Gleichberechtigung bedürfen wir für die künftigen Verhandlungen auch keineswegs irgendeines Vermittlers, um uns aneinander zu bringen, sondern wir können in jedem Augenblick selbst die Initiative ergreifen. Hier sind 25000 deutsche Aerzte vertreten, deren bisherige Leistungen auch für die Zukunft eine gedeihliche Entwicklung der deutschen Krankenkassen verbürgern. Wir sind nach wie vor zur Arbeit an diesem großen Werk bereit, wir wollen nach dem langen Hader und Streit mit dem Vertragsmuster einen ehrlichen und ehrenvollen Frieden schaffen. Aber nur ein solcher Friede dürfte es sein, und er allein trägt die Gewähr seiner Dauer in sich. Wo sich die Krankenkassen nicht dazu entschließen können, die ihnen gebotene Hand zu ergreifen, sondern wo sie bei Beginn des nächsten Jahres zur Durchsetzung ihrer einseitigen Interessen eine Machtprobe anstellen wollen — uns soll es recht sein! Die deutsche organisierte Aerzteschaft ist gerüstet. Wenn nach jahrelangem Krieg am Neujahr 1914 der Janustempel noch nicht geschlossen werden sollte, so kann und wird sie unter den neuen Verhältnissen weiterkämpfen für ihr Lebensglück. Sie wird den Kampf führen mit neuen Mitteln und in neuen Formen, aber mit der alten Energie, die schon Schlimmeres abgewehrt hat und wird den Kampf durchführen im Bewußtsein ihrer guten Sache bis zum endlichen glücklichen Siege.

Diesem durch vielfältigen, lebhaften Beifall unterbrochenen Vortrage folgte die Abstimmung, in der die Musterverträge einstimmig genehmigt wurden. Dann wandten sich die Verhandlungen anderen Gegenständen zu.

Die künftige Organisation der Berliner Ortskrankenkassen und die Aerzte.

Den Ortskrankenkassen im Bezirke des Kgl. Oberversicherungsamts Groß-Berlin sind die Bescheide über ihre Zulassung zugegangen. Für den Bezirk des Versicherungsamts der Stadt Berlin kommt das Ergebnis auf eine sehr durchgreifende Zentralisation hinaus. Die bestehende „Allgemeine Ortskrankenkasse" wird gemäß Art. 15 Einf Ges. z. RVO. ausgestaltet. Sie umfaßt (nach dem Durchschnitt der letzten drei Jahre) rund 86800 Mitglieder. Neben ihr bestehen 52 besondere Ortskrankenkassen verschiedensten Umfangs zwischen 210 Mitgliedern (Nadler) und über 126000 Mitgliedern (Kaufleute)! Davon haben nur sechs Kassen keinen Zulassungsantrag gestellt. 13 Kassen mit zusammen fast 313000 Mitgliedern sind zugelassen. Die übrigen sind teils wegen Gefährdung der Leistungsfähigkeit der Allgemeinen Ortskrankenkasse, teils weil ihre eigene Leistungsfähigkeit nicht für die Dauer sicher erschien, nicht zugelassen worden. Im ganzen würde hierdurch, wenn die Bescheide des OVA. rechtskräftig werden, die Allgemeine Ortskrankenkasse einen Zuwachs von rund 188500 Versicherten erhalten und folglich etwa 275300 Mitglieder umfassen — ohne die beträchtliche Anzahl der Personen, die erst durch die Reichsversicherungsordnung der Krankenversicherung unterworfen werden. Dazu kommt, daß einzelne der zugelassenen besonderen Ortskrankenkassen dem Vernehmen nach beabsichtigen, sich alsbald nach dem Inkrafttreten der neuen Organisation mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu vereinigen (§ 268 RVO.), so vor allem die Ortskrankenkasse der Kaufleute und Apotheker mit gegenwärtig mehr als 126000 Mitgliedern! So wird für den Bezirk der Stadt Berlin eine Krankenkasse von außerordentlichem Umfange und — wie zu hoffen ist — von außerordentlicher Leistungsfähigkeit entstehen.

Die einschneidende Neugestaltung des Kassenwesens kann natürlich nicht ohne Einfluß sein auf die ärztliche Versorgung der Versicherten, da bei den einzelnen Kassen in dieser Hinsicht verschiedene Systeme herrschten. Hierzu bringt die „Deutsche Medizinische Presse" folgende Mitteilung: „Die schon erwähnte Verschmelzung der zugelassenen Ortskrankenkasse der Kaufleute, der Bureauangestellten mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse ist als vollendete Tatsache zu betrachten. Aufgelöst werden die Ortskrankenkasse der Schneider (75000 Mitglieder), die der Maschinenbauer, der Maler, der Bierbrauer, der Gastwirte und viele kleinere. Es wird in Berlin wie zuvor bestehen:

Digitized by Google

1. Das fixierte System: Gewerkskrankenverein (ca. 150000 Versicherte).
2. Die beschränkte Freiwahl: der Verein Berliner Kassenärzte mit ca. 450000 Versicherten, die Ortskrankenkasse der Buchdrucker, die neue Maschinenbauerkasse und die meisten Betriebskrankenkassen.
3. Die freie Aerztewahl.

Es wird ausreichend Sorge dafür getragen werden, daß in der inneren Organisation der historisch berechtigten und auch bewährten Kassenärztevereine nichts geändert wird. Den größten Zuwachs an Kassenmaterial wird zweifelsohne der Verein Berliner Kassenärzte zu erwarten haben. Wenn man in hiesigen Kreisen auf vermehrte Zulassung von Aerzten rechnet, so wird sein Vorstand — soweit er nach den neuen Statuten dazu in der Lage ist — solchen Wünschen Rechnung tragen. Werden die Mitglieder der aufgelösten Ortskrankenkasse der Gastwirte der Allgemeinen Ortskrankenkasse zugeführt, so haben die Aerzte der Gastwirtskasse nach der Reichsversicherungsordnung einen gesetzlichen Anspruch auf Weiterbeschäftigung nicht. Aus Gründen der Billigkeit aber ist zu erwarten, daß mindestens diese bisher fixierten Kollegen beim Verein Berliner Kassenärzte zugelassen werden.

In den ‚Berliner Anzeigen' sind jüngst Aerzte aufgefordert worden, in postlagernden Briefen über Anstellung bei einer Krankenkasse zu verhandeln. Mit Recht hat die Vertragskommission der Aerztekammer einen solchen Modus für unstatthaft erklärt. — Vielleicht kommt unseren Kollegen demnächst die Erkenntnis, daß es für ärztliche Zeitungen nicht ‚standesgemäß' ist, anonyme und pseudonyme Artikel und Rezensionen aufzunehmen."

In Charlottenburg droht aus Anlaß der Neugestaltung ein Aerztestreik. Dies hat die dortige Allgemeine Ortskrankenkasse zu folgender Darstellung des Sachverhalts veranlaßt: „Nachdem sich das Oberversicherungsamt in Berlin, dem die Krankenkassen Groß-Berlins unterstellt sind, darüber schlüssig gemacht hat, welche Ortskrankenkassen nach dem 1. Januar 1914 noch zugelassen werden, rüsten sich die Krankenkassen Groß-Berlins, ihre gesamten Verwaltungseinrichtungen der Reichsversicherungsordnung anzupassen. Zu den wichtigsten Einrichtungen von Krankenkassen gehört die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder. Sie geschah zumeist durch das System der unbeschränkten, freien Arztwahl. Nun bleiben aber nur wenige von den Ortskrankenkassen mit freier Arztwahl über den 1. Januar 1914 hinaus bestehen und zu diesen gehört die Allgemeine Ortskrankenkasse Charlottenburg. Die Erfahrungen, die diese Kasse seit 17 Jahren mit der freien Arztwahl gemacht hat, sind nicht weniger als günstig gewesen. Der durchschnittliche tägliche Krankenbestand ist prozentualiter zur Mitgliederzahl der Krankenkasse in jedem Jahre unverhältnismäßig gestiegen, so daß die Ausgaben für Krankengeld stets weit über den erwartungsgemäßen Betrag hinaus gewachsen sind. Und ebenso war dies der Fall mit den Ausgaben für Arzneien und Heilmittel, die infolge der Arzneiverschwendung in krassem Mißverhältnis zur Zahl der Erkrankungsfälle standen. So sah sich die Allgemeine Ortskrankenkasse in Charlottenburg veranlaßt, einen Wechsel im Arztsystem in Erwägung zu ziehen, der andererseits auch deshalb geboten erscheint, weil infolge des Scheiterns der unbeschränkten freien Arztwahl in Berlin der Zuzug von Aerzten nach Charlottenburg enorme Dimensionen annehmen würde, wenn die Charlottenburger Kasse als einzige große Kasse die unbeschränkte freie Arztwahl auch nach dem 1. Januar 1914 aufrecht erhalten würde. Die Kasse will sich deshalb dem System der festbezahlten Kassenärzte mit freier Arztwahl für die Kassenmitglieder zuwenden. Dies geschieht nicht infolge von Streitigkeiten mit dem Charlottenburger Verein der freigewählten Kassenärzte, sondern wegen der durch die unbeschränkte Zulassung von Aerzten hervorgerufenen enormen Belastung der Kasse und der fortdauernden Klagen der Kassenmitglieder über oberflächliche Behandlung. Die Allgemeine Ortskrankenkasse hat bereits eine größere Anzahl Aerzte für das neue System gewonnen, so daß in nächster Zeit die Aufnahmeliste geschlossen wird. Die sich meldenden bisherigen Kassenärzte werden selbstverständlich in erster Reihe berücksichtigt."

(Kl.) Die Arbeiterversicherung in Rumänien.

In die Reihe jener Staaten, die ihre lückenhaften, auf den freiwilligen Beitritt beruhenden Arbeiterversicherungsinstitute aufgegeben und die Zwangsversicherung eingeführt haben, ist nunmehr auch Rumänien getreten. Es wurde dort ein „Gesetz über die Organisation der Handwerke des Kleinkredits und der Arbeiterversicherung" vom 27. Januar 1912 erlassen, das kürzlich in Kraft trat. Das Gesetz regelt zunächst die Organisation der kleinen Handwerksmeister und schafft für diese „Groß-Innungen", und regelt im Anschluß daran die Kranken-, Unfall-, Invaliden- und Altersversicherung. Die Bestimmungen über die Versicherung sind im großen Ganzen den deutschen nachgeahmt, nur mit dem Unterschiede, daß die Tragung der Kosten eine andere ist. Die Verwaltungskosten werden insgesamt vom Staate bestritten.

Gegen Krankheit sind alle industriellen Arbeiter versichert, welche unter die Großinnungen fallen, sowie auch die Handwerksmeister. Rumänien hat etwa 7,1 Mill. Einwohner, von denen ca. 250000 Lohnarbeiter sind und etwa 141000 krankenversicherungspflichtig werden. Die Durchführung der Versicherung geschieht durch eine über das ganze Land sich erstreckende Krankenversicherungskasse, die als örtliche Einrichtungen die Groß-Innungen und als „Ersatzkassen" die Freien Hilfskassen besitzt. Die Unterstützungseinrichtungen bestehen a) in freier ärztlicher Behandlung, Arznei und Krankengeld (für Familienväter 50 % des Durchschnittslohnes, für Junggesellen 35 % desselben) oder freie Krankenhauspflege nebst Krankengeld (für Familienväter 25 %, für Junggesellen 10 %), b) Wöchnerinnenunterstützung in der Dauer von sechs Wochen und c) Sterbegeld je nach der Lohnklasse in Höhe von 48, 56, 61, 72 oder 80 M. (60 bis 100 Lei). Einen größeren Fortschritt, namentlich gegenüber den deutschen Einrichtungen, bildet die obligatorisch geschaffene allgemeine Familienfürsorge. Die Beiträge werden von den Arbeitern allein getragen und mittelst Marken, die in Quittungskarten eingeklebt und vom Arbeitgeber entwertet werden, geleistet. Die Wochenbeiträge in den einheitlich für alle Kassen festgelegten fünf Lohnklassen betragen 4, 16, 24, 36 und 48 Pf., für Meister 45 Pf. Eingesetzte Schiedsgerichte und zuletzt der Verwaltungsrat des Zentralamtes (in Bukarest) entscheiden über Streitigkeiten.

Die Unfallversicherung gleicht ebenfalls der deutschen. Sie erstreckt sich außer auf das Gewerbe auf Bergwerke, Steinbrüche, Bauarbeiten usw., die Landwirtschaft und die Seeschiffahrt. Die Versicherung erstreckt sich daher auf einen größeren Kreis und zwar etwa 190000 Personen. Die Unternehmer bilden eine Berufsgenossenschaft über ganz Rumänien mit dem Sitze in Bukarest. Daneben sind Sonderinstitute für die Staatsbetriebe vorgesehen. Die Beiträge werden von den Unternehmern allein getragen und nach der Jahresausgabe auf die Unternehmer nach Lohnsumme und Gefahrentarif umgelegt. Entschädigt werden alle Unfälle (außer bei Vorsatz) wie in Deutschland. Die Krankenversicherung übernimmt nur für die ersten drei

Digitized by Google

Tage die Fürsorge, worauf dann die Unfallversicherung ihre Wirkung beginnt. Gewährt wird freie Kur und bei Erwerbsunfähigkeit eine Rente bis zwei Drittel des letzten Jahreslohnes. Tritt durch den Unfall der Tod ein, so wird ein Sterbegeld von 80 M. (100 Lei), sowie eine nach dem Lohne des Verunglückten berechnete jährliche Rente an die Ehefrau und die Kinder unter 16 Jahren gewährt. Bei Streitigkeiten mit der Berufsgenossenschaft trifft zunächst das Zentralamt eine Entscheidung, die bei einer Berufungskommission angefochten werden kann.

Die Alters- und Invalidenversicherung ist zunächst auf die gewerblichen Arbeiter und Handwerksmeister beschränkt. Es werden etwa 100000 Personen versichert werden. Die Versicherung wird durchgeführt von einer besonderen Alters- und Invalidenversicherungskasse. Der Wochenbeitrag beläuft sich auf 36 Pf. und wird zu gleichen Teilen (also je 12 Pf.) vom Arbeiter, Unternehmer und Staat getragen. Es wird gewährt Altersrente vom vollendeten 65. Lebensjahr an nach Absolvierung einer Wartezeit von 1200 Beitragswochen in Höhe von 120 M. (150 Lei) jährlich, Invalidenrente für $^2/_3$-Erwerbsunfähige nach einer Wartezeit von 200 Wochen in gleicher Höhe wie die Altersrente, die aber um 8 Pf. (10 Bani) für jede über die Mindestzahl von 200 hinaus geleisteten Beitragswoche steigt, und freie Krankenhauspflege nebst Familienunterstützung zur Verhütung oder Beseitigung der Invalidität. Die Versicherung kann in umfangreichem Maße auch freiwillig genommen und fortgesetzt werden. Streitigkeiten werden in derselben Weise wie in der Unfallversicherung geschlichtet.

Man sieht, daß die Versicherung in einigen Punkten leistungsfähiger gestaltet ist, als das deutsche Vorbild.

Der Große Senat des Reichsversicherungsamts

entscheidet nach §§ 1717, 1718 RVO., wenn in einer grundsätzlichen Rechtsfrage ein Senat des Reichsversicherungsamts von der Entscheidung eines anderen oder auch des Großen Senats selbst oder wenn ein Spruchsenat eines Landesversicherungsamts von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen will. Der letztere Fall ist bereits eingetreten: am 14. Juni trat der Große Senat zum ersten Male in der durch §§ 101, 1718 Abs. 2 RVO. vorgesehenen verstärkten Zusammensetzung zu einer Sitzung zusammen, an der als Vertreter des Bayrischen und des Sächsischen Landesversicherungsamts der Senatspräsident Meinel und der Oberregierungsrat Dr. Hänel teilnahmen. Der Vorsitzende gab bei Eröffnung der Sitzung der Hoffnung Ausdruck, daß die neue Einrichtung ihren Zweck, die Rechtseinheit in der Rechtsprechung der Landesversicherungsämter und des Reichsversicherungsamts sicherzustellen, erfüllen werde.

Sprechsaal.

Müssen Dienstordnungen für Krankenkassen vor dem 1. Januar 1914 aufgestellt werden?

Herr Regierungsrat Dr. Ostermayer in Dresden schreibt uns: „Ich gestatte mir die Bemerkung, daß die Auskunft in Nr. 17 S. 408 Ziff. 12 zum mindesten für das Königreich Sachsen nicht zutrifft. Ganz abgesehen davon, daß das Kgl. Ministerium des Innern und das Kgl. Landesversicherungsamt zu Dresden der Meinung sind, wie in ihren Verordnungen zum Ausdruck gebracht worden ist, daß § 351 RVO. erst am 1. Januar 1914 in Kraft tritt und demgemäß die aufzustellenden Dienstordnungen erst nach diesem Zeitpunkte von den neuen Kassenorganen zu beschließen sind, gebricht es auch der Antwort an jeglicher Begründung; außerdem spricht der Wortlaut des Paragraphen nur davon, daß für die von den Krankenkassen besoldeten Angestellten eine Dienstordnung aufgestellt wird. Da es sich meines Erachtens hier nicht um eine Maßnahme handelt, die zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung erforderlich ist, so haben nicht die Generalversammlungen, sondern die neuen Kassenorgane, die von dem 1. Januar 1914 an in das Leben treten, darüber zu befinden."

Wir können die Meinung des Herrn Einsenders durchaus nicht teilen. Zuvörderst ist festzustellen, daß es sich um Reichsrecht handelt, daß also die von uns vertretene Ansicht, wenn überhaupt, dann auch für das Königreich Sachsen zutrifft; und daß sie zutrifft, kann unseres Erachtens gar nicht zweifelhaft sein. Wir haben nicht behauptet, daß § 351 RVO. schon jetzt schlechthin gilt, sondern ausdrücklich gesagt, daß er gilt, insoweit es sich um Maßnahmen zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung handelt. So steht es im Art. 1 Einf.Ges. z. RVO. Zu diesen Maßnahmen gehören selbstverständlich auch solche Handlungen, welche die Schaffung der durch die Reichsversicherungsordnung gebotenen Kassenorganisation zum Ziele haben, also nicht nur die Wahl der eigentlichen Kassenorgane, sondern auch die Beschaffung des Hilfspersonals für die Zeit vom 1. Januar 1914. Das Sächsische Landesversicherungsamt hat in den Gründen der Entscheidungen Arb.-Versorgg. 1912 S. 648 hervorgehoben, daß auch die Entlassung eines Angestellten eine Maßnahme zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung im Sinne des Art. 1 sein kann. Also muß dasselbe doch wohl auch für die Beschaffung des vom 1. Januar ab erforderlichen Personals gelten. Für dies Personal, soweit es unter § 351 Abs. 1 fällt, muß eine Dienstordnung bestehen, nicht schon jetzt (insoweit gilt § 351 noch nicht), aber vom 1. Januar 1914 ab. Deshalb muß die Dienstordnung bis dahin geschaffen sein und zu diesem Zwecke muß daher schon jetzt nach §§ 351 ff. vorgegangen werden. Dies haben wir schon in unserer Auskunft hinreichend deutlich zum Ausdruck gebracht, so daß wir nicht verstehen, wie behauptet werden kann, daß es der Auskunft „an jeglicher Begründung" gebricht. Wenn Hoffmann am Schlusse der Anm. 1 zu Art. 33 Einf.Ges. bemerkt, es empfehle sich die Dienstordnung erst zu erlassen, wenn die Aenderungen in der Organisation der Krankenversicherung „vollzogen" sind, so kann das nicht bedeuten, daß die Dienstordnung erst nach dem 1. Januar 1914 erlassen werden soll; denn die neue Organisation tritt allerdings erst mit diesem Tage in Kraft, aber „vollzogen" (oder „durchgeführt" im Sinne des Art. 1) muß sie doch schon vorher sein.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Dringende Bitte!

In den bevorstehenden Ferienmonaten haben auch die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während dessen Anfragen an den Briefkasten nur in sehr dringenden Fällen zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Rekursfähigkeit einer Entscheidung des Oberversicherungsamts über die Höhe der Unfallrente nach altem und nach neuem Recht.

1. Nach Berlin-Rosenthal. Antwort: Der Hinweis des Oberversicherungsamts auf §§ 1515, 1772 RVO. und Art. 86, 87 Einf.Ges. bedeutet nur, daß, wenn über den Ersatzanspruch der Kasse aus der dem Verletzten gebührenden Unfallentschädigung Streit entstehen sollte, die Kasse sich an das Versicherungsamt zu wenden haben würde. Mit der Frage der Rekursfähigkeit des vom Oberversicherungsamt auf Berufung des Verletzten erlassenen Urteils über die Höhe der Entschädigung des Verletzten hat das nichts zu tun. Es kommt aber für diese Frage nicht darauf an, ob das neue oder das alte Recht (§ 1700 RVO. oder § 80 Abs. 1 GUVG.) anzuwenden ist. Denn es handelt sich um die Höhe der erstmalig festgestellten Rente für eine Erwerbsunfähigkeit, die einstweilen jedenfalls noch nicht vorübergegangen ist. Der Rekurs würde daher sowohl nach dem neuen wie nach dem alten Rechte nur unzulässig sein, wenn die Erwerbsunfähigkeit zur Zeit der Entscheidung des Rekursgerichts nicht mehr bestehen sollte. Vgl. § 1700 Ziff. 2 RVO. mit § 80 Abs. 1 und § 69 Abs. 1 Ziff. 1 b nebst Handb. der Unfallverf. Bd. 1 S. 508 Anm. 1 b zu § 80 GUVG.

Anstellung von Kassenpersonal für den gegenwärtigen Bedarf, zugleich als Maßnahme zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung; Aufstellung der Dienstordnung in der Uebergangszeit.

2. Nach Fr. Antwort: Wenn eine Krankenkasse für ihren gegenwärtigen Bedarf Hilfspersonal anstellt, so sind dabei nach Art. 38 Einf.Ges. z. RVO. schon jetzt die §§ 349, 350, 354 Abs. 2—6 RVO. zu beachten. Der § 359 gilt einstweilen noch nicht. Wenn dagegen eine Kasse, die nach §§ 239 ff. zugelassen oder nach Art. 15 Einf.Ges. ausgestaltet wird, jetzt das Personal anstellt, dessen sie für die Zeit vom 1. Januar 1914 ab bedürfen wird, so handelt es sich um eine Maßnahme zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung, so daß hierauf nach Art. 1 Einf.Ges. die neuen Vorschriften im vollen Umfange, also auch § 359, anzuwenden sind (vgl. bezüglich der Entlassung eines Angestellten: sächs. Landesversicherungsamt in Arb.-Versorgg. 1912 S. 648). Wenn nun eine Kasse einen Krankenkontrolleur und einen Rendanten schon für ihren gegenwärtigen Bedarf anstellt, sich ihre Dienste aber zugleich für die Zeit vom 1. Januar 1914 sichert, so ist das insoweit gleichfalls eine Maßnahme zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung, und besonders dann, wenn in der gegenwärtigen Uebergangszeit der Rendant unwiderruflich oder auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt werden soll, so kann kein Zweifel sein, daß diese Maßnahme vorwiegend auf die Zeit vom 1. Januar 1914 ab gerichtet ist, also der Durchführung der Reichsversicherungsordnung dient und daß daher außer den oben bezeichneten Vorschriften auch noch der § 359 Abs. 1 zu beachten, also die Genehmigung des Oberversicherungsamts einzuholen ist. — Die Besetzung der Stellen und der Abschluß der Verträge ist eine Angelegenheit der laufenden Verwaltung, die dem Vorstand allein obliegt, soweit nicht satzungsmäßig eine Mitwirkung der Generalversammlung oder des Ausschusses vorgesehen ist. Selbstverständlich ist der gegenwärtige Vorstand auch zuständig, wenn die Dauer der Verträge über seine Amtsdauer und insbesondere über das laufende Jahr hinaus reichen soll. Da die Dienstordnung vom 1. Januar 1914 ab gelten soll, muß sie schon vorher aufgestellt und dem Oberversicherungsamt zur Genehmigung eingereicht werden. Die Aufstellung ist daher gleichfalls Sache des gegenwärtigen Vorstandes, und an Stelle des Ausschusses, der noch nicht besteht, hat die Generalversammlung die Zustimmung zu erteilen (§§ 342, 346, 355).

Erfüllungsort der Krankenpflege; Umgehung der Krankenhauseinweisung durch Rückkehr zur Familie.

3. Nach Recklinghausen. Frage: Wir bitten um eine gefl. Auskunft darüber, ob der bisher in der Arb.-Versorgg. ständig vertretene Standpunkt, nach welchem freie Kur nur am Erfüllungsort (Kassenbezirk, Beschäftigungsort, Wohnort) zu gewähren sei, das Verlassen des Erfüllungsortes aber Verlust des Anspruchs auf freie Kur nach sich ziehe, nicht mehr festzuhalten ist, so daß wenigstens verheirateten Kassenmitgliedern, welche sich nach der Krankenhauseinweisung zu ihrer außerhalb des Erfüllungsortes wohnenden Familie begeben, freie Kur gewährt werden muß.

Antwort: An unserer Auffassung hinsichtlich des Erfüllungsorts ist grundsätzlich festzuhalten. Sie schließt aber nicht aus, daß unter Umständen der Erkrankte sich ohne Ermächtigung der Kasse an einen Ort außerhalb des Kassenbezirks begeben und dort die Kassenleistungen fordern darf, wenn nach Lage der Verhältnisse dieser Ort als der natürliche Zufluchtsort des Pflegebedürftigen

Digitized by Google

und als sein Wohnort, folglich auch als Erfüllungsort für die Leistungspflicht der Kasse anzusehen ist (Urt. des Bayr. VGH. in Arb.-Versorgg. 1897 S. 153, Arb.-Versorgg. 1913 S. 93 Ziff. 1, S. 216 Ziff. 7). Eine andere, wenngleich in gewisser Hinsicht unter ähnlichen Gesichtspunkten zu prüfende Frage ist die, ob jemand sich einer Krankenhauseinweisung dadurch entziehen und die Leistungen der Kasse aus § 6 KVG. fordern kann, daß er sich nach der Erkrankung und Krankenhauseinweisung zu seiner außerhalb des Kassenbezirks wohnenden Familie begibt. Die Regelung in § 7 KVG. beruht auf dem Gedanken, daß Krankenhausbehandlung regelmäßig nicht aufgezwungen werden soll, wo sachgemäße Verpflegung durch eine bestehende Familiengemeinschaft gewährleistet ist. Eine solche Familiengemeinschaft kann sehr wohl als fortbestehend angesehen werden, wenngleich der Versicherte ihr zeitweilig infolge auswärtiger Beschäftigung fernbleibt, sofern sie ihm nur tatsächlich für den Bedarfsfall offensteht. Kehrt in solchen Fällen der Erkrankte in die Familie zurück, so ist das, falls nicht einer der besonderen Einweisungsgründe des § 7 Abs. 1 Ziff. 1 vorliegt, keine ungerechtfertigte Umgehung des Krankenhauszwangs (vgl. z. B. Bayr. OVG. vom 23. September 1901 bei Reger 22 S. 59, Bad. VGH. in Arb.-Versorgg. 1909 S. 309). Dies wird der Regel nach zutreffen, wenn der Kranke verheiratet ist und nur wegen seiner Beschäftigung außerhalb des ehelichen Hausstandes gelebt hat (vgl. Bad. VGH. in Arb.-Versorgg. 1899 S. 105).

Behandlung der besonderen Berufszweige in der Kassensatzung.

4. Nach A. Antwort: Soweit es sich um die Dienstboten und die landwirtschaftlich Beschäftigten handelt, hat die Kasse ihre Satzung unbedingt den besonderen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung anzupassen, da das Gesetz insoweit die Aufrechterhaltung des bisherigen Zustandes, also die gleiche Behandlung mit den übrigen Mitgliedern schlechthin nicht zuläßt. Hinsichtlich der Hausgewerbetreibenden kann allerdings die oberste Verwaltungsbehörde auf Antrag der beteiligten Gemeinden oder Gemeindeverbände genehmigen, daß die bisherige statutarische Regelung in Geltung bleibt (§ 488 RVO.). Solange dies aber nicht geschehen ist, muß auch die Versicherung der Hausgewerbetreibenden in der neuen Satzung nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung geregelt werden. Dies geschieht, wie das Oberversicherungsamt mit Recht hervorhebt, zunächst am besten dadurch, daß die Satzung sich möglichst genau an den amtlichen Satzungsentwurf anschließt. Eine nähere Regelung wird voraussichtlich durch den Bundesrat in naher Zeit erfolgen (§ 492 RVO.; vgl. auch §§ 491, 493). Sie wird dann auch ohne Aufnahme in das Statut gelten.

Unfallversicherung des Kutschers eines Beamten, der Dienstfuhrwerk hält.

5. Nach Meseritz. Antwort: Nach § 537 Abs. 1 Ziff. 7 RVO. ist u. a. „das Halten" von Fahrzeugen, die durch elementare oder tierische Kraft bewegt werden, der Unfallversicherung unterworfen. Wodurch das Halten des Fahrzeugs veranlaßt ist, ist hiernach ganz gleichgültig, Ausdrücklich hebt auch die Begründung hervor, daß auch solche Personen von der Versicherung nicht ausgeschlossen sind, die mit Haustieren zu schaffen haben, welche nicht dem Berufe, der Erwerbstätigkeit oder dem Unterhalte des Tierhalters zu dienen bestimmt sind, und weiterhin, daß Entsprechendes auch für das zum persönlichen Gebrauche von Privatpersonen dienende Kutschfuhrwerk gilt (Begr. S. 277, 278). Hiernach kann es nicht zweifelhaft sein, daß auch der Kutscher eines Beamten, der Dienstfuhrwerk zu halten verpflichtet ist, der Versicherung unterliegt und daß sich die Versicherung keineswegs nur auf Unfälle bei der dienstlichen, sondern auch bei der privaten Verwendung des Fuhrwerks erstreckt.

Ein Austritt aus der Pflichtkasse zum Schlusse des Jahres 1913 gemäß § 19 Abs. 5 KVG. ist nicht zulässig.

6. Nach Hannover. Frage: Nach dem Krankenversicherungsgesetz ist der Austritt aus einer Krankenkasse, wenn der Uebertritt zu einer dem § 75 genügenden Hilfskasse in Frage kommt, nur zum Jahresschlusse, wenn die Mitgliedschaft drei Monate vorher aufgekündigt ist, zulässig. Diese Vorschriften erfahren durch die RVO. § 519 eine andere Regelung. Müssen nun Personen, die zum 1. Januar 1914 aus einer Ortskrankenkasse in eine Ersatzkasse übertreten wollen, sowohl die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes als auch diejenigen der Reichsversicherungsordnung befolgen, so daß sie zum 30. September die Mitgliedschaft zur Krankenkasse kündigen, ferner vor dem 31. Dezember den Nachweis ihrer Mitgliedschaft führen und endlich nach dem 1. Januar 1914 den Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten stellen? Nach unserer Auffassung sind die zwei ersten Fragen zu verneinen; es genügt, daß etwaige zum 1. Januar 1914 von unserer Hilfskasse neu geworbene Mitglieder, die bis dahin Mitglied einer Ortskrankenkasse waren, wenn dieselben sogleich nach dem 1. Januar 1914 den Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten bei der zuständigen Krankenkasse stellen; alsdann sind sie von der Beitragspflicht bei dieser Kasse entbunden. Dem steht auch nicht entgegen der Wortlaut des § 519, in dem es heißt, daß ein solcher Antrag beim Eintritt in die Kasse zu stellen ist. Da die Kassen sich auf Grund der neuen gesetzlichen Bestimmungen zum 1. Januar 1914 umgestaltet haben, kann man auch auf den bisherigen Mitgliederbestand die im Gesetze gewählte Fassung: „Eintritt in die Kasse" anwenden.

Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung im Anschluß an die Ausführungen, die schon Hahn über diese Fragen des Uebergangsrechts in Arb.-Versorgg. 29 S. 533, 534 gemacht hat. (Wir machen bei dieser Gelegenheit auf einen offenbaren Schreibfehler aufmerksam, der sich dort S. 534 in den Schlußpassus eingeschlichen hat, wo von denen die Rede ist, „die am 1. Januar 1914 bereits Mitglieder des Vereins sind usw." Es muß heißen: „Mitglieder der Krankenkasse", nämlich der nach der Reichsversicherungsordnung für sie zuständigen Kasse; vgl. Hahn, Handbuch der Krankenversf. S. 677 Anm. 2 zu § 514 und S. 683 Anm. 2 zu § 519 RVO.) Danach ist die Rechtslage diese: Vom 1. Januar 1914 ab gilt § 75 KVG. nicht mehr. Kein Versicherungspflichtiger kann daher von diesem Zeitpunkt an kraft Gesetzes als befreit von der Zugehörigkeit zu seiner Zwangskasse gelten. Deshalb ist ein gemäß § 19 Abs. 5 KVG. für den Schluß des Jahres 1913 erklärter „Austritt" aus der Zwangskasse rechtlich bedeutungslos, folglich auch überflüssig. Die Mitglieder der Ersatzkasse, und zwar nicht nur die „neu geworbenen", sondern auch die bisher nach § 75 KVG. befreiten, haben bis zum zweiten Zahltag bei der für sie zuständigen Zwangskasse den Antrag aus § 519 RVO. zu stellen, wenn sie bewirken wollen, daß ihre eigenen Rechte und Pflichten als Mitglieder dieser Kasse gemäß § 517 ruhen; unberührt bleiben davon die Rechte und Pflichten des Arbeitgebers, der insbesondere vom 1. Januar 1914 nicht mehr, wie bisher nach § 75 KVG., von der Entrichtung seines Beitragsteils befreit ist, auch wenn der Versicherungspflichtige den Antrag rechtzeitig stellt.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe, Amtsgerichtsrat J. Hahn, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. Laß, Rat Dr. Olshausen, Geh. Hofrat Prof. Dr. Rosin, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. 1. August 1913.

Redaktion:	Nr. 22	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Ersatzansprüche der Armenverbände.

Von Regierungsrat **Schlenther** in Breslau.

Die Ansprüche der Armenverbände (und Krankenkassen) gegen Versicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften auf Ersatz ihrer Leistungen haben bereits unter der Herrschaft des bisherigen Rechts zu den verschiedensten Streitfragen Veranlassung gegeben. Auch in der „Arbeiter-Versorgung" sind nicht nur die ergangenen Entscheidungen gebucht, sondern zweimal, 1898 S. 617 und 1901 S. 433, längere, einmal, 1901 S. 88, kürzere Erörterungen darüber erschienen.

Während die in Frage kommenden Streitigkeiten nach bisherigem Recht in Preußen im Verwaltungsstreitverfahren in letzter Instanz vom Oberverwaltungsgericht zu entscheiden waren, ist die Entscheidung dieser Art von Streitigkeiten durch die Reichsversicherungsordnung den Spruchinstanzen der Versicherungsbehörden (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Reichs- oder Landesversicherungsamt) übertragen, denen damit eine für sie neue Materie überwiesen ist. Dies dürfte es rechtfertigen, wenn im Folgenden noch einmal auf einige der Streitfragen eingegangen werden soll.

Die Rechtsnatur der in Frage stehenden Ansprüche dürfte jetzt nicht mehr zu so vielfachen Zweifeln Anlaß geben, wie unter dem bisherigen Rechte, nachdem der „Rechtsübergang kraft Gesetzes", die Unterscheidung von „vorübergehender und laufender" Unterstützung und die zu so mannigfachen Zweifeln Anlaß gebenden Worte „durch Ueberweisung" weggefallen sind. Es erübrigt sich daher, hier auf die von Esters, Rosin, Hahn und Olshausen, um nur diese zu nennen, in bezug auf jene aufgeworfenen Fragen einzugehen. Wichtig bleibt aber die Feststellung, daß die Reichsversicherungsordnung in sachlicher Hinsicht Aenderungen des bisherigen Rechtszustandes nicht hat eintreten lassen.

Indessen legt die Neuordnung der Materie in der Reichsversicherungsordnung den Versicherungsbehörden die Pflicht auf, die bisherige Spruchpraxis einer Nachprüfung zu unterziehen.

Unter den Streitfragen, die einer solchen Nachprüfung harren, ist die über die Bedeutung der sog. „mittelbaren Armenunterstützung" durch ihre praktische Tragweite besonders ausgezeichnet. Denn daß der Armenverband vorzuleisten verpflichtet ist, wird keinen Bedenken begegnen. Aber schon bei der Frage nach dem Umfange der ersatzberechtigenden Leistungen ergeben sich Schwierigkeiten. Da dies auch für den Umfang der „mittelbaren" Armenunterstützung von Bedeutung ist, so sei das Ergebnis der bisherigen Praxis kurz zusammengestellt. Nur die „nach gesetzlicher Pflicht" dem Armenverbande obliegenden Leistungen begründen Ersatzansprüche. Es ist also jedesmal — und zwar nach Armenrecht — zu prüfen, ob der Armenverband mit seinen

Digitized by Google

Leistungen sich innerhalb der gesetzlichen Verpflichtungen gehalten hat. Dies wird nach Landesrecht verschieden beurteilt werden können, wie denn z. B. in Preußen die Armenverbände für reine Erziehungszwecke Aufwendungen nicht zu machen haben, während in anderen Bundesstaaten auch rein erziehliche Maßnahmen innerhalb des Rahmens armenrechtlicher Unterstützungspflicht liegen können. Hier wird im Auge zu behalten sein, daß die Einheit des Leistungsgrundes, d. h. die Notwendigkeit, daß der Armenverband, um Ersatzansprüche zu erheben, seine Aufwendungen aus Anlaß eben des Unfalles oder der Krankheit gemacht hat, die die Krankenkasse oder die Berufsgenossenschaft zu ihren Leistungen nötigt, nur bei den Ansprüchen gegen die Versicherungsanstalten kein unbedingtes Erfordernis bildet.

Bei der engen Beziehung, in der in der Regel die Polizeiverwaltung in größeren Gemeinden mit der Armenverwaltung steht, werden die Aufwendungen der Gemeinden auch darauf zu prüfen sein, ob sie sich nicht etwa nur als durch polizeiliche Maßregeln veranlaßt darstellen. In solchem Falle wäre ein Ersatzanspruch natürlich nicht gegeben. Die zahlreichen Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts (z. B. Arb.-Versorgg. 1900 S. 313, 723; 1905 S. 52, 190; 1908 S. 166; 1911 S. 684 u. a.) zeigen bereits, daß diese Feststellungen im Einzelfall recht schwierig sein können. Der Grundgedanke, von dem die Beurteilung auszugehen hat, wird stets der armenrechtliche der Hilfsbedürftigkeit sein müssen. Nur Maßnahmen, *um* die Hilfsbedürftigkeit zu beseitigen, und nur *insoweit als* sie solche beseitigen, können als armenrechtlich begründet angesehen werden. Dabei ist es an sich unerheblich, ob sie von dem vorläufig, oder von dem endgültig verpflichteten Armenverbande getroffen worden sind. Beide haben ein Recht auf Ersatz ihrer Aufwendungen.

Auf die genauere Abgrenzung der beiderseitigen Ansprüche gehe ich hier nicht ein.

Der Begriff der Hilfsbedürftigkeit ist, wie gesagt, nach armenrechtlichen Grundsätzen auszulegen, es wird also vom Armenverbande nur das zum Leben Notwendige, und auch dies nur dann zu liefern sein, wenn der Unterstützte es nicht aus eigenen Mitteln zu beschaffen vermag. Hierzu gehört unter Umständen auch Krankenhauspflege, aber nur, wenn ein dringender Fall vorliegt. Hilfsbedürftigkeit besteht demnach stets dann, wenn der Armenverband ohne Gefährdung von Leben und Gesundheit des Betreffenden seine Unterstützung nicht versagen könnte, dagegen ist ein Notstand andererseits kein unbedingtes Erfordernis für die Annahme der Hilfsbedürftigkeit, denn es ist z. B. möglich, daß die etwa vorhandene Rente zwar zum Lebensunterhalt des Rentenberechtigten, nicht aber von dessen Familie ausreicht. Auch dann würde z. B. der Armenverband einzutreten haben, wenn die Rente des alleinstehenden Berechtigten zu dessen Unterhalt nicht genügt und er mit der ihm verbliebenen Arbeitskraft nichts hinzuzuverdienen vermag; das wird häufig bei Invalidenrentnern der Fall sein.

War Literatur und Rechtsprechung im allgemeinen über die vorstehenden Sätze einig und ergibt sich aus der Reichsversicherungsordnung kein Anlaß, nach irgendwelcher Richtung von dieser feststehenden Praxis abzuweichen, so treten erhebliche Meinungsverschiedenheiten zu Tage bei der sog. mittelbaren Armenunterstützung. Zwar besteht auch darüber noch Uebereinstimmung, daß der Grundsatz der Gleichzeitigkeit auch bei der mittelbaren Unterstützung gewahrt sein muß, so daß ein Ersatzanspruch nur begründet ist, wenn der Unterstützte für die Zeit der Unterstützung zugleich einen Anspruch gegen den Versicherungsträger hatte. Aber nach Ansicht eines Teils der Autoren, wie *Olshausen* (Verw.-Arch. XV S. 167 ff.), dem sich der Kommentar zur Reichsversicherungsordnung von *Hanow-Lehmann* (Anm. 14 zu § 1531) anschließt, gilt als unterstützt im Falle mittelbarer Armenunterstützung in erster Reihe das unselbständige Familienglied, dann *auch* das Familienhaupt, oder jedenfalls beide nebeneinander, so daß eine dem Familienglied zustehende Rente dem Zugriff des Armenverbandes trotz des sonst geltenden Grundsatzes der Einheit der Person nicht entzogen sei. *Olshausen* bemerkt zunächst, daß — jedenfalls in der Unfallversicherung, aber auch in der Invalidenversicherung — die Renten nicht nur für die Einzelperson, sondern für die Familie *bestimmt* sei (a. a. O. S. 165)[1]. Auf der anderen

[1]) Diese Ansicht erscheint wenigstens für das geltende Recht der Reichsversicherungsordnung als begründet (Kinderzusatzrenten!).

Digitized by Google

Seite dürfte ein Ersatzanspruch nur dann erhoben werden, wenn die unterstützte Person mit der entschädigungsberechtigten Person identisch sei, so daß für die dem Ehemanne gewährte Unterstützung die der Frau zustehende Rente nur dann in Anspruch genommen werden könne, wenn die Unterstützung ganz oder zum Teil für den Unterhalt der Frau bestimmt sei, materiell also ihr zugute komme und nur formell durch die Hand des Mannes gehe. Ist diese Ansicht richtig, so muß natürlich auch die Waisenrente dem Ersatzanspruche offenstehen, wenn der Armenverband, wie es häufig vorkommen wird, der Witwe der Kinder wegen Unterstützung gewährt. (Von dem besonderen Falle elternloser Enkel sehe ich hier ab.)

Demgegenüber vermissen andere, insbesondere das Oberverwaltungsgericht in seiner Entscheidung vom 10. November 1904 (Bd. 46 S. 382, Arb.-Versorgg. 1905 S. 170) in einem solchen Falle das Erfordernis der Identität der Personen. Die genannte Entscheidung befaßt sich eingehend mit der von Olshausen bereits früher (Verw.Arch. XII S. 35) vertretenen Ansicht und meint, daß sie den tatsächlichen Verhältnissen eine zu große Bedeutung beimesse, vermißt ferner einen Rechtsgrund dafür, weshalb die dem einen Ehegatten gewährte Unterstützung als auch dem andern gewährt anzusehen sei. Dem hält Olshausen in seinem genannten Aufsatz (Verw.Arch. XV) entgegen, daß es auf die tatsächlichen Verhältnisse als Beweis für die Richtigkeit seiner Rechtsauffassung gerade ankomme, und daß es eines Rechtsgrundes dafür, daß die dem einen Ehegatten gewährte Unterstützung auch dem andern gewährt sei, nicht bedürfe. Es sei nach dem Wortlaut und Zweck des Gesetzes ohne weiteres gegeben, als „Unterstützten" denjenigen anzusehen, für dessen notwendigen Unterhalt etwas aufgewendet werde. Das Armenrecht sage nur, daß die Unterstützung eines unselbständigen Familiengliedes auch als Unterstützung des Familienhaupts anzusehen ist, aber keineswegs, daß das erstere überhaupt nicht als unterstützt anzusehen sei.

Zu dieser Meinungsverschiedenheit, deren praktische Tragweite auf der Hand liegt, werden die Spruchinstanzen der Versicherungsbehörden in Kürze Stellung zu nehmen haben. Bisher ist eine grundsätzliche Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts noch nicht ergangen.

Wir möchten der Ansicht des Oberverwaltungsgerichts nach Lage der gegenwärtigen Gesetzgebung den Vorzug geben. Das Armenrecht geht aus von dem Grundsatze der Familieneinheit und mit diesem scheint die Annahme, daß neben dem Familienhaupt die unselbständigen Familienglieder als gleichverpflichtete Unterstützte zu gelten hätten, unvereinbar. Jener von Olshausen angeführte Satz des Armenrechts soll aber auch keineswegs besagen, was Olshausen meint, vielmehr gilt armenrechtlich stets das Familienhaupt allein als unterstützt, sogar dann, wenn die Unterstützung lediglich im Interesse der Angehörigen gegeben wird. Das ergibt sich auch aus dem Umstande, daß die capitis deminutio des Wahlrechtsverlustes das Familienhaupt in jedem Falle trifft, ferner daraus, daß bei mittelbarer Unterstützung ebenfalls die Frist für den Erwerb des Unterstützungswohnsitzes ruht (§ 14 des Unt.Wohn.Ges.; Wohlers-Krech, Komment. 13. Aufl. S. 47 unter h und S. 79 Anm.) Dem steht auch nicht entgegen, daß die Uebernahme armenunmündiger Familienangehöriger in (geschlossene) Armenpflege ohne gleichzeitige Uebernahme des Familienhaupts verlangt werden kann (Olshausen a. a. O. S. 168). Denn damit ist nur die Form der Unterstützung, nicht ihr Wesen geändert. Wenn ferner gegen die hier vertretene Ansicht betont wird, daß sie die Subsidiarität der Armenunterstützung außer Acht lasse, so erscheint auch diese Argumentation irrig. Die Möglichkeit oder Unmöglichkeit für armenrechtliche Aufwendungen Ersatz zu erhalten, ist meines Erachtens keine begriffliche Voraussetzung der Subsidiarität. Diese erschöpft sich vielmehr darin, daß die Armenpflege erst dann einzutreten hat, wenn keine andere Möglichkeit besteht, die augenblickliche Hilfsbedürftigkeit abzuwenden. (Vgl. Wohlers-Krech, a. a. O. 78/80.) Insofern ist also die gegen Olshausen gerichtete Bemerkung der genannten Oberverwaltungsgerichtsentscheidung, sie vermisse einen besonderen Rechtsgrund für dessen Auffassung, auch meines Erachtens zutreffend und die Ansicht, es bedürfe eines solchen nicht, erscheint noch immer nicht ausreichend begründet. Aber auch die weitere Bemerkung des Oberver-

Digitized by Google

waltungsgerichts bezüglich der tatsächlichen Verhältnisse erscheint unwiderlegt. Gewiß wäre, vom Finanzstandpunkt des Armenverbandes aus, es sehr erwünscht, wenn ihm der ihm von Olshausen zugesprochene Ersatzanspruch zustände. Aber abgesehen davon, daß der finanzielle Effekt in der Regel schwerlich allzu bedeutend sein dürfte, so ist der Armenverband vom Beginne der Leistung des Versicherungsträgers an oder seiner Kenntnis davon, in der Lage, seine Unterstützungen entsprechend zu vermindern, worauf Brunn (Zentralbl. d. Reichsvers. Nr. 21 vom November 1912) hingewiesen hat.

Die hier vertretene Auffassung wird außer von Brunn noch geteilt von Illing (Arb.-Versorgg. 1898 S. 618) und dem Kommentar zur Reichsversicherungsordnung von Dütt-mann-Frankenberg-Seelmann (Anm. 6 zu § 1531).

Es mag schließlich noch darauf hingewiesen werden, daß die von der Reichsversicherungsordnung neu eingeführten „Kinderzusatzrenten" nicht etwa vom Zugriff ausgeschlossen sind. Denn diese sind keine Sonderrenten, sondern Teile der Invalidenrente des Familienhaupts, und teilen deren Schicksal. (Ebenso Illing Arb.-Versorgg. 1912 S. 79 und unveröffentlichte Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 23. Oktober 1912.) Deshalb ist es auch nicht angängig, daß ein Ortsarmenverband die „Kinderzusatzrente" etwa für die armenpflegliche Unterbringung der Kinder eines der Anstaltspflege bedürfenden Geisteskranken gegen den Landarmenverband in Anspruch nimmt.

Verfahren und Wirkung der Befreiung von der Versicherungspflicht.

Von Magistratssyndikus **Helms** in Kiel.

Bei der Befreiung von der Invalidenversicherungspflicht nach § 6 IVG. durch die untere Verwaltungsbehörde ist wohl ausnahmslos so verfahren worden, daß diese, wenn sie die Voraussetzungen als nachgewiesen erachtete, die Befreiung in einem formlosen Bescheid an den Antragsteller aussprach, ohne erst die zuständige Landesversicherungsanstalt oder den Arbeitgeber über den Antrag zu hören.

Es lag nahe, auch nach §§ 1237, 1240 RVO. so zu verfahren. Der Antrag auf Befreiung, der ja im wesentlichen lediglich doch formalen, in der Regel leicht feststellbaren Voraussetzungen abhängt, ist für eine Vorentscheidung des Vorsitzenden (§§ 1657, 1781 RVO., § 60 Verordnung vom 24. Dezember 1911) wie geschaffen, und das Gesetz schreibt die Anhörung der Beteiligten nicht ausdrücklich vor.

Das Reichsversicherungsamt hat jedoch in einer Entscheidung vom 20. Mai 1913 (Amtl. Nachr. S. 483, Entsch. 1710) dieses Verfahren mißbilligt und dabei in bedeutsamer Weise die Wirkung der die Befreiung aussprechenden Entscheidung klargestellt. Das Reichsversicherungsamt entnimmt aus der in § 1795 für die Beschwerde im Beschlußverfahren enthaltenen Vorschrift, daß die Beteiligten zu hören sind, einer Bemerkung der Begründung (zu § 1743 des Entwurfs) gemäß, einen allgemeinen Rechtsgrundsatz dieses Inhalts für das ganze Beschlußverfahren. Die Regel steht dann freilich in § 1795, im Abschnitt von der „Beschwerde" nicht an ihrem richtigen Platze, hätte vielmehr in den vorhergehenden Abschnitt gehört, der die „allgemeinen Vorschriften" enthält. Immerhin wird man den Grundsatz ohne weiteres gelten lassen, wenn es sich um das Gehör beider Parteien in einem eigentlichen Streitverfahren handelt, das sich im Beschlußverfahren abspielt, z. B. wenn Versicherungsanstalt und Arbeitgeber um den Beitrag streiten und nach §§ 1459, 1780 Entscheidung ergeht. Lediglich von solchen Streitsachen handelt auch § 21 Verordnung vom 24. Dezember 1911, der die Mitteilung des Antrags an die Beteiligten vorschreibt. Bei dem Antrage auf Befreiung nach § 1237 RVO. liegt aber ein Streit der Regel nach gar nicht vor; es handelt sich, wenn man Begriffe aus dem Tätigkeitsgebiet der ordentlichen Gerichte entnehmen darf, mehr um freiwillige denn um streitige Gerichtsbarkeit.

Trotzdem wird die Auffassung des Reichsversicherungsamts als richtig anzuerkennen sein,

Digitized by Google

und zwar mit Rücksicht auf die Bedeutung und Wirkung der die Befreiung aussprechenden Entscheidung. Dem nach § 6 JVG. ergangenen Befreiungsbescheide der unteren Verwaltungsbehörde hat das Reichsversicherungsamt nur eine Art vorläufiger und deklarativer Bedeutung zuerkannt, gerade mit Rücksicht darauf, daß er ohne Anhörung der übrigen Beteiligten erging, und hat es demgemäß für zulässig erklärt, den Bescheid im Beitragsstreitverfahren nach § 155 JVG. nachzuprüfen und mit rückwirkender Kraft umzustoßen (Entsch. 1047 und 1322, Amtl. Nachr. 1903 S. 374 und 1907 S. 492). Daß es auch nach neuem Recht dabei bewende, nehmen Hanow-Lehmann Anm. 11 zu § 1241 an. Mit Recht verwirft jedoch das Reichsversicherungsamt nunmehr diese Auffassung. Es weist daraufhin, daß dann der Vorsitzende des Versicherungsamts auf dem Umwege über § 1459, der ihn ja beruft, allein zu entscheiden, die Entscheidung des Beschlußausschusses mit rückwirkender Kraft beseitigen könnte, was nicht wohl die Absicht des Gesetzes sein kann. Es hätte auch darauf hinweisen können, daß ja nunmehr auch ein Widerruf der Befreiung, sobald ihre Voraussetzungen nicht mehr vorliegen, im Gesetze ausdrücklich vorgesehen (§ 1241) und damit der Weg gewiesen ist, auf dem die Befreiung wieder beseitigt werden kann, so daß es des Umweges über § 1459 nicht bedarf; § 6 JVG. dagegen enthielt nichts über einen Widerruf, so daß man auf die unsicheren Rechtsgrundsätze des allgemeinen Verwaltungsrechts über den Widerruf von Verwaltungsakten hätte zurückgreifen müssen, wenn der Weg des § 155 JVG. damals nicht gangbar gewesen wäre.

Für das geltende Recht ist mithin, im Gegensatz zum früheren Recht, anzuerkennen, daß der Entscheidung, welche die Befreiung ausspricht, rechtgestaltende Kraft innewohnt. Diese Wirkung tritt, wie bei allen Entscheidungen, grundsätzlich sofort ein (vgl. § 130 RVO.), ist freilich zunächst an die auflösende Bedingung geknüpft, daß die Entscheidung nicht etwa auf Beschwerde (§ 1240 Abs. 1) aufgehoben wird. Ist aber durch Ablauf der Rechtsmittelfrist oder durch Zurückweisung der Beschwerde die Rechtskraft eingetreten, so besteht nunmehr die Versicherungsfreiheit, solange nicht der Widerruf erfolgt; sie besteht, auch wenn die Entscheidung auf Irrtum beruht oder wenn nachträglich, z. B. durch Verheiratung des ledigen Pensionärs, die Voraussetzungen für die Befreiung weggefallen sind, und kann nicht mehr durch Antrag auf Entscheidung nach § 1459, sondern lediglich durch Antrag auf Widerruf angegriffen werden.

Eben mit Rücksicht auf diese bindende Kraft der Entscheidung über die Befreiung ist es aber notwendig, daß die Beteiligten, insbesondere der Versicherungsträger, vorher gehört werden. Es widerspricht anerkannten Rechtsgrundsätzen, sie an die Entscheidung über einen Antrag zu binden, zu dem sie Stellung zu nehmen gar keine Gelegenheit hatten. Von hier aus mag man denn auch als positiven Anhalt für diesen Grundsatz den § 1795 RVO. heranziehen. Umgekehrt folgert das Reichsversicherungsamt aus dem Gebot der Anhörung der Beteiligten, das es aus § 1795 herleitet, die bindende Kraft der Entscheidung. Diese läßt sich jedoch, wie zu zeigen versucht wurde, auch aus anderen Erwägungen mit genügender Sicherheit herleiten, während jenes erst selbst des Beweises bedarf und ihn am besten im Rückschluß aus der Wirkung findet. Wie dem aber auch sein mag, jedenfalls bewendet es bei dem Ergebnis, daß über den Antrag auf Befreiung die Beteiligten — Versicherungsträger und Arbeitgeber — zu hören sind, daß aber die Entscheidung, einmal ergangen und rechtskräftig geworden, bindende, rechtgestaltende Wirkung besitzt, die (abgesehen vom Verzicht) nur durch Widerruf, und auch durch diesen nur für die Zukunft, nicht rückwärts für die Vergangenheit, beseitigt werden kann. Damit ist zwischen der Befreiung nach altem und neuem Recht ein grundlegender Unterschied festgestellt.

Die Bedeutung der hier erörterten Entscheidung des Reichsversicherungsamts reicht über das Gebiet der Invalidenversicherung hinaus. Auch im Gebiete der Angestelltenversicherung muß für die Befreiung nach § 11 AVG. das gleiche gelten, wie für diejenige nach § 1237 RVO., denn die §§ 1237, 1240, 1241 RVO. und §§ 11, 12, 13 RVO. entsprechen einander genau. Der Umstand, daß der Vorsitzende des Rentenausschusses grundsätzlich berufen ist, die Entscheidung über den Befreiungsantrag allein zu treffen, wenn es ihm auch nicht verwehrt ist, Beisitzer zuzuziehen (§ 15 der Verordg. vom 13. Febr. 1913),

Digitized by Google

kann einen wesentlichen Unterschied nicht begründen, zumal da in der Praxis auch nach der Reichsversicherungsordnung der Vorsitzende in der Regel durch Vorentscheidung über den Befreiungsantrag allein entscheiden wird.

Zweifel erheben sich dagegen, ob auch die Wirkung der Befreiung von der Krankenversicherungspflicht nach §§ 173, 174, 418, 435 RVO. die gleiche ist. Hier entscheidet der Vorstand der Kasse (§§ 175 Abs. 1, 418 Abs. 3), also ein Organ des beteiligten Versicherungsträgers; ein Widerruf ist nicht ausdrücklich vorgesehen, dagegen allerdings in § 419 ein Erlöschen der Befreiung auf Feststellung des Versicherungsamts, daß der Arbeitgeber nicht leistungsfähig ist. Die Entscheidung des Vorstandes der Nachprüfung im Streitverfahren nach § 405 Abs. 2 RVO. zu unterwerfen, würde an sich nicht besonderen Bedenken begegnen. Man müßte dann freilich auch gegen die vom Versicherungsamt auf Beschwerde (§ 175 Abs. 2) ausgesprochene Befreiung die Nachprüfung zulassen, also gegen eine vom Vorsitzenden getroffene Entscheidung die Nachprüfung durch den Beschlußausschuß; aber auch das wäre nicht weiter auffällig, denn die Möglichkeit, daß das Kollegium gleicher Instanz die Entscheidung des Einzelrichters nachprüft und nötigenfalls umstößt, ist auch in anderen Fällen im Gesetze ausdrücklich zugelassen, nämlich im Verfahren mit Vorentscheidung des Vorsitzenden, wenn gegen diese der Antrag auf mündliche Verhandlung gestellt wird. Ausgeschlossen ist es aber, daß der Beschlußausschuß des Versicherungsamts im Verfahren nach § 405 Abs. 2 den Beschluß des Oberversicherungsamts, also der höheren Instanz, nachprüfen und umstoßen darf, wenn dieses auf Beschwerde im Falle des § 418 die Befreiung ausgesprochen hat. Dieser unannehmbaren Folgerung entgeht man nur dadurch, daß man auch die Befreiung nach § 418 und mithin auch diejenige nach §§ 173, 174 RVO. die nicht wohl anders behandelt werden kann wie jene, als bindend und rechtgestaltend ansieht in demselben Sinne, wie die Befreiung von der Invaliden- und Angestelltenversicherungspflicht. Freilich wird man dann in diesen Fällen auch den Widerruf zulassen müssen; seine Zulässigkeit läßt sich, wie oben bereits für den Fall des § 6 JVG. angedeutet, schon auf allgemeine Rechtsregeln stützen, sodann aber auch auf die Analogie des § 1241 RVO. Daß eine solche Vorschrift nicht auch im Anschluß an § 175 ausdrücklich aufgenommen worden ist, darf zu einem argumentum e contrario nicht verleiten; die Entstehungsgeschichte dieser Vorschriften gibt dafür keinerlei Anhalt. Im Falle des § 418 wird freilich die in § 419 vorgesehene Feststellung den Widerruf in der Hauptsache ersetzen.

Das Ergebnis ist mithin, daß die Befreiung von der Versicherungspflicht in allen Fällen die gleiche bindende, rechtsgestaltende Wirkung hat.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Dürfen Kassen, deren Schließung in Aussicht steht, um Ueberschüsse über den gesetzlichen Reservefonds zu verbrauchen, die Beiträge ganz beseitigen?

a) Bescheid des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senat, vom 15. Februar 1912.
b) Urteil desselben vom 10. April 1913.

Die Betriebskrankenkasse hatte Ende des Jahres 1909 ein Vermögen von 5916,16 M. angesammelt, wovon sie 1666,71 M. als Reservefonds und 4249,45 M. als Betriebsfonds verbucht hat. Da die durchschnittliche Jahresausgabe für die Jahre 1907/09 sich nur auf 721,86⅓ M. belief, beschloß die Generalversammlung eine Ermäßigung des zu erhebenden Beitrags auf 0,3 %, erhielt hierzu aber nicht die Genehmigung des Bezirksausschusses und zwar deshalb, weil der Betriebsfonds bei einer Ermäßigung des Beitrags auf weniger als 1 bis 1¼ % in absehbarer Zeit verbraucht werden würde und es alsdann, zumal bei einer erheblichen Herabminderung der Mitgliederzahl infolge vergeerender Krankheiten, an einer sicheren Gewähr für die etwa erforderliche Erhöhung der Beiträge fehlen würde.

Nachdem der Abschluß für das Jahr 1910 ergeben hat, daß gegenüber einer durchschnittlichen Jahresausgabe für 1908/10 v. 747,34⅓ M. eine Reservefonds v. 1729,18 M. und ein Betriebsfonds von 3744,33 M. vorhanden war, beschloß die Generalversammlung am 15. März 1910, bis auf weiteres einen Beitrag nicht zu erheben. Maßgebend hierfür war auch die Erwartung, daß die Betriebskrankenkasse mit einer Mitgliederzahl von 40 bis 50 Personen zufolge der Reichsversicherungsordnung ihre Existenz verlieren werde. Hierzu versagte der Bezirksausschuß aus den bisherigen Gründen die Genehmigung, da er es nicht für statthaft erachtete, die

Digitized by Google

Zulässigkeit des Beschlusses damit zu rechtfertigen, daß die Reichsversicherungsordnung zu einer Aenderung der Kasseneinrichtung führen werde. Die Revision der Kasse wurde durch Vorbescheid zurückgewiesen. Gründe:

Die Zulässigkeit des Beschlusses ist allerdings nach den Vorschriften des noch maßgebenden Krankenversicherungsgesetzes und nicht darnach zu beurteilen, welche Rechtsfolgen für den Fortbestand der Kasse die Reichsversicherungsordnung nach sich ziehen wird, wenn deren auf die Krankenversicherung bezüglichen Vorschriften in Kraft gesetzt sein werden. Der Vorderrichter irrt aber darin, daß nach den Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes Beschlüsse der Kassen unzulässig seien, die auf den Verbrauch derjenigen Bestände abzielen, die von den Kassen über den gesetzlichen Höchstbetrag des Reservefonds angesammelt worden sind. Die Beiträge sind nach § 22 Abs. 1 in Prozenten des durchschnittlichen Tagelohns so zu bemessen, daß sie unter Einrechnung der etwaigen sonstigen Einnahmen ausreichen, um die statutenmäßigen Unterstützungskosten, die Verwaltungskosten und die zur Ansammlung oder Ergänzung des Reservefonds erforderlichen Rücklagen zu decken. Der Reservefonds ist nach § 32 im Mindestbetrage der durchschnittlichen Jahresausgabe der letzten Jahre anzusammeln und erforderlichenfalls bis zu dieser Höhe zu ergänzen. Sofern er das Doppelte dieses Mindestbetrages erreicht hat, ist nach § 33 Abs. 1 bis 3 entweder eine Ermäßigung der Beiträge oder eine Erhöhung oder Erweiterung der Kassenleistungen von der Vertretung der Kasse herbeizuführen und, wenn sie es unterläßt von der höheren Verwaltungsbehörde anzuordnen und im Falle der Weigerung von ihr unter entsprechender Abänderung des Kassenstatuts herbeizuführen. Dieser Regelung muß entnommen werden, daß das Gesetz weder die Ansammlung, noch die Erhaltung des Reservefonds über das Doppelte des gesetzlichen Mindestbetrages zulassen will. Deshalb müssen Beschlüsse der Kassenvertretung, die auf den Verbrauch desjenigen Betrags des Reservefonds, der über das Doppelte seines gesetzlichen Mindestbetrags hinaus angesammelt worden ist, abzielen, für statthaft erachtet werden. Ermächtigt sind die Kassenvertretungen aber für diesen Fall nur zur Ermäßigung der Beiträge oder zur Erhöhung oder Erweiterung der Kassenleistungen, nicht aber auch dazu, von der Erhebung von Beiträgen gänzlich abzusehen.

Hätte die Betriebskasse sich auf eine Ermäßigung der Beiträge beschränkt, so wäre ihr Beschluß in Anbetracht der Höhe des Reservefonds einschließlich des als Betriebsfonds verbuchten Betrags zu bestätigen gewesen, ohne daß dem Verwaltungsrichter eine Nachprüfung darüber hinaus zugestanden hätte, ob zeitig der ermäßigte Beitrag und der über das Doppelte des gesetzlichen Mindestbetrags hinausgehende Kapitalsbetrag zur Sicherstellung der dem Durchschnitt der vorausgegangenen drei letzten Jahre zu entnehmenden Jahresausgabe ausreicht. Das Bedenken des Vorderrichters, ob sich nach dem Verbrauche des über das Doppelte des gesetzlichen Mindestbetrages hinausgehenden Kapitalsbetrags die notwendige Erhöhung der Beiträge erreichen lassen wird, erledigt sich dadurch, daß die demnächst etwa erforderliche Erhöhung der Beiträge gemäß § 33 Abs. 1 und 3 erzwingbar ist. In diesem Sinne hat der Senat bereits in einer anderen Streitsache entschieden und war hieran festzuhalten.

Da die Betriebskrankenkasse die Inabgangstellung der Erhebung von Beiträgen beschlossen hat und dies unstatthaft ist, muß es bei der Vorentscheidung bewenden. Sie ist indes um deswillen, weil sie mit ihrem auf die Ermäßigung der Beiträge gerichteten Beschluß durch rechtskräftig gewordenes Urteil des Bezirksausschusses abgewiesen worden ist, nicht behindert, in diesem Sinne abermals zu beschließen und hierfür die Genehmigung nachzusuchen.

Gegen diesen Vorbescheid trug die Kasse auf mündliche Verhandlung an und erzielte den Erfolg, daß das Oberverwaltungsgericht nunmehr durch Urteil die Entscheidung des Bezirksausschusses aufhob und dem Statutennachtrag, der die Beitragserhebung ganz beseitigte, die Genehmigung erteilte. Gründe:

Das Oberverwaltungsgericht prüfte zunächst, ob seine Zuständigkeit zur Entscheidung der Streitsache noch fortbestehe. Die Frage war zu bejahen, weil der Beschluß der Klägerin, um dessen Genehmigung es sich handelt, eine „Ausgestaltung" im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912 (Reichsgesetzblatt S. 439) nicht darstellt, auf ihn also die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, namentlich die im § 324 daselbst geordnete Zuständigkeit noch nicht Anwendung finden. In der Sache selbst hielt es das Oberverwaltungsgericht bei wiederholter Erwägung für zulässig, dem Klageantrage stattzugeben. Daß die Klägerin in Anbetracht der Höhe ihres Betriebs- und Reservefonds eine Ermäßigung der Kassenbeiträge der Mitglieder beschließen durfte, ist bereits in dem Vorbescheide vom 15. Februar 1912 dargelegt worden. Es kann aber weiterhin auch davon abgesehen werden, die Kasse zu der Beibehaltung eines wegen seiner Geringfügigkeit sachlich bedeutungslosen Mitgliederbeitrags zu nötigen, da das Interesse der Kasse die Beibehaltung nicht erfordert und die Bestimmungen des § 33 KVG. geeignet sind, die Leistungsfähigkeit der Kasse sicher zu stellen (vgl. auch das Urteil des Oberverwaltungsgerichts vom 30. Oktober 1911, Arb.-Versorgg. Jahrg. 29 S. 130).

Anmerkung: Dies wird im Hinblick auf §§ 387, 391, 392 RVO., auch nach dem neuen Rechte gelten müssen.

Digitized by Google

Die Lohnklasse bestimmt sich nach objektiven Merkmalen; für eine abweichende Regelung durch die Satzung ist kein Raum.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, vom 17. März 1913.

Zwischen den Parteien ist unstreitig, daß der klagende Armenverband für die der Kellnerin Schl. gewährte Unterstützung von der beklagten Krankenkasse, deren Mitglied die Schl. vorher war, Ersatz gemäß § 57 Abs. 4 und 5 KVG. zu beanspruchen hat, daß die Schl. bei Zugrundelegung ihrer Anmeldung zur beklagten Kasse und der vom Kassenvorstand ausgesprochenen Zuweisung der 4. Lohnklasse, nach ihren tatsächlichen Lohnverhältnissen dagegen der höheren 3. Lohnklasse angehört, und daß sich bei Zugrundelegung der Sätze der 3. Lohnklasse der Anspruch des Klägers um 18,12 M. höher stellt als der nach den Sätzen der 4. Lohnklasse berechnete, dem Kläger bereits ausgezahlte Betrag. Streitig ist nur, ob sich die Lohnklasse, und demgemäß die Höhe des dem Kläger zustehenden Ersatzanspruchs nach Anmeldung und Zuweisung oder nach den wirklichen Lohnverhältnissen bestimmt. Der Bezirksausschuß hat das erstere angenommen. Auf Revision des Beklagten hob das Oberverwaltungsgericht die Entscheidung auf. Gründe:

Der Senat hat bereits in seiner Entscheidung vom 30. September 1909, Bd. 55 S. 388 der amtlichen Sammlung, auch abgedruckt in der Arb.-Versorgg. Jahrg. 27 S. 74, eingehend dargelegt, daß das Gesetz die Zugehörigkeit der Versicherten zu den Lohnklassen nach objektiven, vom Verhalten des Arbeitgebers und des Kassenvorstandes unabhängigen Merkmalen bestimmt und für eine abweichende Regelung durch die Kassensatzung keinen Raum läßt. Diese Auffassung erfährt eine Bestätigung dadurch, daß die in einem Einzelpunkt teilweise davon abweichende Regelung des § 318 Abs. 2 der RVO. in der Begründung zu dem entsprechenden § 330 des Entwurfs als eine durch Zweckmäßigkeitserwägungen geforderte Neuerung bezeichnet wird. Die Ausleger der Reichsversicherungsordnung stehen auf demselben Standpunkt; vgl. Hahn Note 2, Hoffmann Note 7, Olshausen Note 5 zu § 180 der RVO.

Apothekerrabatt, Handverkaufsliste.

Erl. d. **preuß. Ministers des Innern** v. 5. Juni 1913 (an die Regierungspräsidenten und den Polizeipräsidenten in Berlin) — HMBl. S. 450 —.

Auf Grund des § 376 Abs. 1 RVO. setze ich im Einvernehmen mit dem Herrn Minister für Handel und Gewerbe den Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe, welchen die Apotheker den Krankenkassen für die Arzneien zu gewähren haben, auf 10 % fest. Ausgenommen von dieser Abschlagsgewährung sind Heilsera, Tuberkulin in unverdünntem Zustande sowie die nach Ziff. 21 Abs. 1 der Arzneitaxe berechneten fabrikmäßig hergestellten Arzneizubereitungen.

Ferner ordne ich zur Ausführung des § 376 Abs. 2 a. a. O. folgendes an:

Für die von den oberen Verwaltungsbehörden festzusetzende Handverkaufsliste sind in erster Linie die örtlichen Verhältnisse und die im Handverkauf üblichen Preise maßgebend. Mit Rücksicht darauf, daß sowohl die Zahl und Art derjenigen Mittel, die sonst ohne ärztliche Verschreibung abgegeben zu werden pflegen, als auch die dafür gezahlten Preise örtlich sehr verschieden sind, ersuche ich Sie, über den Umfang der Handverkaufsliste und die im Handverkauf gezahlten Preise zunächst Vertreter der Krankenkassen und der Apotheker zu hören und die Liste alsdann für ihren Bezirk — nötigenfalls verschieden für dessen einzelne Teile — selbständig festzusetzen. Bei der Auswahl der Vertreter der Krankenkassen ist darauf zu achten, daß tunlichst Vertreter von allen im Bezirke vorkommenden Arten von Krankenkassen gehört werden. Bei der Auswahl der zu hörenden Apotheker ist auch der Vorstand der Apothekenkammer zu berücksichtigen. Im allgemeinen bestimme ich folgendes:

Die Höchstpreise dürfen die Preise, die sich nach der Arzneitaxe unter Berücksichtigung des nach Abs. 1 festgesetzten Rabatts ergeben, in keinem Falle überschreiten.

Der Mindestpreis für ein abzugebendes Arzneimittel beträgt 10 Pf. Wird neben der Bezeichnung der Art und der Menge eines Handverkaufsmittels vom Arzte die Angabe einer schriftlichen Gebrauchsanweisung vorgeschrieben, so sind dafür 10 Pf. besonders zu berechnen.

Indem ich Ihnen hiernach das Weitere überlasse, ersuche ich, die Festsetzungen aus § 376 Abs. 1 und 2 RVO. demnächst bekannt zu geben.

Schließlich bemerke ich noch, daß eine Anordnung im Sinne des § 376 Abs. 3 a. a. O. dann zu treffen sein wird, wenn die mit der Kasse im Vertragsverhältnisse stehenden anderweiten Arzneimittelhandlungen nicht die Gewähr dafür bieten, daß sie die Arzneimittel in der erforderlichen Güte vorrätig halten.

Krankenversicherungspflicht der Kinomusiker.

Entscheidung des **Landgerichts I Berlin**, 7. Zivilkammer vom 13. Februar 1913.

Zwischen dem Leiter einer Kapelle, welche die Aufführungen eines Kinotheaters mit Musik begleitete, und der Ortskrankenkasse war Streit darüber entstanden, ob

Digitized by Google

bei den Darbietungen der Kapelle ein höheres Interesse der Kunst obwaltet und die Musiker daher nicht in einem „Gewerbebetriebe", sondern in einem künstlerischen Unternehmen beschäftigt, also versicherungsfrei sind. Die Aufsichtsbehörde entschied, daß sie versicherungspflichtig sind. Das Amtsgericht hob die Entscheidung auf, indem es sich auf den entgegengesetzten Standpunkt stellte. Auf Berufung der Kasse entschied das Landgericht wiederum im Sinne der Aufsichtsbehörde, also im Sinne der Versicherungspflicht. Gründe:

Bei der Beurteilung der Frage, auf die es hier allein ankommt, nämlich der Frage, ob bei den Darbietungen des Klägers ein höheres Interesse der Kunst im Sinne des § 33a der Gewerbeordnung obwalte, bedarf es nicht der Feststellung, ob die tatsächlichen Anführungen des Klägers richtig sind oder nicht. Gegen ihre Richtigkeit sprechen allerdings erhebliche Bedenken. Zunächst ist es wenig wahrscheinlich, daß der Kläger, wie er angibt, vorwiegend klassische Musik pflege. Die Darbietungen der Kinomatographentheater, auch der besser und vornehmer ausgestalteten, sind zum großen Teile — wie aus den täglichen Anpreisungen hervorgeht und gerichtsbekannt ist — drastischer, derb-humoristischer Natur oder gipfeln in der Darstellung sensationeller Tagesereignisse. Mit ihnen würde eine klassische Musik wenig in Einklang stehen. Auch die Angabe des Klägers, seine Musiker seien zu künstlerischer Tätigkeit geeignet, klingt nicht sehr glaubwürdig, wenn man sein eigenes Zugeständnis berücksichtigt, daß er nicht Musiker im Hauptberufe, sondern Unterbeamte, die sich durch ihre musikalische Betätigung einen Nebenverdienst verschaffen, angestellt habe. Daß solche Personen die nötige Zeit zu ernstem Studium der Musik und zu den unumgänglich notwendigen Proben hätten, ist nicht anzunehmen. Mögen also auch die von ihm beschäftigten Mitglieder der Kapelle noch von der Zeit ihrer früheren Tätigkeit als Militärmusiker her mit der Handhabung ihrer Instrumente hinreichend vertraut sein, so ist doch stark daran zu zweifeln, daß sie zu wirklich höheren künstlerischen Leistungen geeignet erscheinen sollen. Alles dies mag indessen dahingestellt bleiben. Selbst wenn man den tatsächlichen Anführungen des Klägers durchweg folgt, kann man nicht dazu gelangen, die oben aufgestellte Frage zu bejahen.

Ein höheres Interesse der Kunst kann bei einer Darbietung nur dann obwalten, wenn diese Darbietung nicht bloß an sich geeignet ist, auf den Geist oder das Gemüt der Personen, denen sie vorgeführt wird, veredelnd oder doch wenigstens erhebend und anregend einzuwirken, sondern auch diesen Zweck hat und diesem Erfolg unter den gegebenen Verhältnissen erzielen kann. Dazu ist aber vor allem erforderlich, daß das Interesse des anwesenden Publikums durch die Darbietung selbst in Anspruch genommen und gefesselt wird. Bei den Vorträgen des Klägers ist das nicht Fall. Denn unstreitig bestand seine Leistung nur darin, daß er mit den von seiner Kapelle gespielten Musikstücken die szenischen Vorgänge auf der Bühne begleitete. Seine Darbietung war daher ganz nebensächlicher Natur; sie hätte ohne daß die Wirkung der theatralischen Vorgänge wesentlich beeinträchtigt worden wäre, fortbleiben können. Bei kinomatographischen Vorführungen wird das Interesse des Publikums lediglich von den Aufführungen selbst in Anspruch genommen, so daß die Begleitmusik, so schön und künstlerisch sie auch sein mag, nur nebenher dem Ohre eine einschmeichelnde Unterhaltung bietet, aber weder den Zweck noch den Erfolg hat, die von dem Gesehenen in Anspruch genommenen Zuschauer zu fesseln, und ihnen das Wesen der Tonkunst zum Bewußtsein gelangen zu lassen. Die Musik spielt eine bloße Nebenrolle. Es kann daher von einer veredelnden Wirkung, ja überhaupt von einer Einwirkung auf das Gemüt der Zuhörer keine Rede sein. Wenn eine Kunstleistung diese Wirkung haben soll, dann muß sie die Hauptrolle, oder doch mindestens die wesentliche Rolle spielen. Wenn also von der Musik diese Wirkung erwartet wird, dann darf sie nicht nebenher, ohne einen wesentlichen Bestandteil der Gesamtaufführung zu bilden, erscheinen und gewissermaßen nur zur Ausschmückung dienen, sondern muß den Hörer auch wirklich und ganz in Anspruch nehmen, ihn bewegen und mitfühlen lassen, nicht bloß an sein Ohr klingen, sondern in sein Herz eindringen. Nur wenn dies der Zweck einer Musikaufführung ist, kann von einem „höheren" Kunstinteresse gesprochen werden. Ist dies aber der Zweck, dann ist es freilich gleichgültig, wo die Musikaufführung stattfindet und an welchen Kreis von Zuhörern sie sich wendet.

Der Vorderrichter zieht zum Vergleiche Militärkonzerte in öffentlichen Restaurationsgärten an, und meint, daß es dort und hier lediglich auf die Qualität der gebotenen Leistungen ankomme, um zu beurteilen, ob ein höheres Interesse der Kunst obwalte oder nicht. Das Berufungsgericht kann diesen Standpunkt nicht als zutreffend anerkennen. Konzerte, bei denen — mag auch die Anlockuug des Publikums dabei bezweckt sein — die Musik jedenfalls die Hauptsache ist, können mit Darbietungen der vom Kläger geleisteten Art nicht auf eine Stufe gestellt werden, weil hier, wie oben erörtert, der Musik eine nebensächliche Bedeutung beigelegt ist.

Es bedarf schließlich auch keiner Prüfung der Frage, auf welcher künstlerischen Stufe die kinematographischen Aufführungen selbst stehen. Denn diese Aufführungen bilden nicht — wie der in der ersten Instanz vernommene Sachverständige meint — mit der Musik ein innig verbundenes, voneinander unlösbares Ganzes. Sie sind mit einer Oper, einem Ballett nicht zu vergleichen. Oper und Ballett sind ohne Musik gar nicht denkbar. Bei ihnen ist die

Digitized by Google

Musik ein wesentlicher Bestandteil des ganzen Werkes, und der Wegfall der Musik würde die Aufführung des Werkes selbst unmöglich machen. Ganz anders liegt die Sache bei dem Kinematographentheater, wo die begleitende Musik, wie schon hervorgehoben, unwesentlich ist und nur in einem losen Zusammenhange mit den theatralischen Darstellungen steht.

Hiernach war, da die Anmeldepflicht des Klägers von der Verneinung der Frage des Vorliegens eines „höheren" Interesses der Kunst abhängt, wie geschehen zu erkennen. Der Kläger hat zu Unrecht die Entscheidung des Magistrats vom 19. Januar 1912 angegriffen, und war daher, unter Aufhebung des Versäumnisurteils, abzuweisen.

Anmerkung: Wir halten die Entscheidung jedenfalls im Ergebnis für richtig. Es wird aber doch recht gut sein, daß in Zukunft nach §§ 165 Abs. 1 Ziff. 4, § 1226 Abs. 1 Ziff. 4 RVO. die Versicherungsbehörden nicht mehr genötigt sein werden, als ästhetische Gerichtshöfe den „Kunstwert" der Leistungen abzuschätzen — wofür es bekanntlich einen objektiven, in allen Fällen brauchbaren Maßstab schlechthin nicht gibt. „Gefühl ist alles", und von dem Kunstempfinden der Richter darf man es vernünftigerweise nicht abhängen lassen, ob einem armen Teufel Krankengeld gebührt oder nicht.

Amtliche Berichtigung der Mustersatzungen.

(Zentralbl. für das Deutsche Reich 1913 S. 549.)

Im § 11 Abs. 2 der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich 1913 S. 229) muß es auf der zweiten Zeile statt „§ 8 letzter Absatz" heißen: „§ 10 Abs. 1".

Anmerkung der Redaktion: Sonst nichts?

B. Zur Unfallversicherung.

Unfall bei einer Spielerei als entschädigungspflichtiger Betriebsunfall? Anwendung des neuen Rechts auf einen älteren Unfall?

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 5. April 1913.

Der jugendliche Bergarbeiter H. in Bövinghausen erlitt am 26. Oktober 1911 im Betriebe der Zeche Lothringen eine schwere Zertrümmerung der Endglieder des rechten Ring- und Mittelfingers, als er sich verbotswidrig in den Maschinenraum der Zeche eingeschlichen und an der Maschine herumgespielt hatte. Der von der Mutter des H. erhobene Entschädigungsanspruch wurde von der Knappschaftsberufsgenossenschaft abgelehnt, weil ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall nicht vorliege. H. habe sich durch sein verbotswidriges, keinem Betriebszweck dienendes Verhalten vom Betriebe losgelöst und sei einer selbstgeschaffenen Gefahr zum Opfer gefallen. Seine Behauptung, er habe die Oelbehälter der Maschine füllen wollen, sei, wie nachgewiesen worden, unwahr. Das Schiedsgericht schloß sich dieser Beurteilung an und auch das Reichsversicherungsamt wies die Rekursanträge aus folgenden Gründen zurück:

Das Schiedsgericht ist bei der Beurteilung des Falls zutreffend davon ausgegangen, daß der Kläger den Unfall nicht, wie er anfänglich angegeben hat, beim Nachfüllen der Ölbehälter der Maschine erlitten hat, sondern als er auf dem Zylinder der Maschinen sitzend mit hochgehobener Hand an dem im Gang befindlichen Regulator herumgespielt hat. Der Zeuge, Bergarbeiter Heinrich F., hat dies selbst gesehen, als er den Maschinenraum betrat, und der Kläger hat es auf Vorhalt schließlich auch als richtig zugegeben. Unfälle bei Spielereien gelten regelmäßig nicht als Betriebsunfälle. Die Voraussetzungen, unter denen das Reichsversicherungsamt Unfälle bei Spielereien ausnahmsweise als Betriebsunfälle anerkannt hat, sind im vorliegenden Falle nicht gegeben. Der Verletzte ist zur Zeit des Unfalls über 15 Jahre, also kein Kind mehr gewesen, bei dem sein Verhalten mit dem natürlichen kindlichen Spieltrieb entschuldigt werden kann und das sich über die Tragweite und Gefährlichkeit seines Handelns nicht klar gewesen ist, zumal da er auch zur Zeit des Unfalls schon über ein Jahr im Betriebe beschäftigt gewesen ist. Sodann hat er den Unfall auch nicht etwa bei einer Spielerei bei der ihm zugewiesenen Arbeit oder an Betriebseinrichtungen erlitten, an und mit denen er bei seiner Arbeit zu tun hatte, oder mit denen zu spielen wenigstens wegen ihrer Nähe zur Arbeitsstelle des Klägers oder wegen ihrer leichten Erreichbarkeit nahe lag und deswegen oder wegen mangelnder Aufsicht entschuldbar erscheinen kann. Er hat sich vielmehr, als er den Unfall erlitt, von seinem Arbeitsplatz entfernt gehabt und sich in einen Raum begeben, in dem er dienstlich nichts zu tun hatte, und er hat dort den Unfall bei einer Verrichtung erlitten, die ihm weder oblag, noch die dem Betrieb irgendwie diente. Demgegenüber ist es nicht von ausschlaggebender Bedeutung, wenn er tatsächlich vorher den Maschinenraum ebenso wie seine jugendlichen Mitarbeiter schon öfters zum Buttern oder um sich während der Arbeitspausen zu wärmen, betreten haben sollte, und wenn das jetzt vorhandene Schild vor dem Maschinenhaus „Eintritt verboten" zur Zeit des Unfalls noch nicht angebracht gewesen sein sollte, worüber die Aussagen der vernommenen Zeugen auseinandergehen. Nimmt man auch die Behauptungen des Klägers in diesem Punkt als richtig an, so kann es doch keinem Zweifel unterliegen, daß es natürlich auf alle Fälle verboten war, an der Maschine zu hantieren, und daß sich

Digitized by Google

der Kläger dessen auch bewußt gewesen ist. Das ergibt sein Verhalten nach dem Unfalle einwandfrei.

Hiernach kann das Vorliegen eines Betriebsunfalls im Sinne des Gesetzes nicht anerkannt werden, und war der Rekurs daher als unbegründet zurückzuweisen.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Reichsversicherungsamte hat der Vertreter des Klägers auch ausgeführt, daß der vorliegende Fall nach der für den Verletzten günstigeren Vorschrift des § 544 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung zu beurteilen sei. Dieser Auffassung kann schon deshalb nicht beigetreten werden, weil nach Art. 60 Abs. 1 Satz 2 Einf.Ges. z. RVO. deren günstigere Vorschriften nach Satz 1 a. a. O. nur dann anzuwenden sind, wenn der Entschädigungsanspruch schon nach dem bisherigen Rechte bestand. Mit anderen Worten: es muß nach dem bisherigen Rechte geprüft werden, ob ein Anspruch begründet ist, und erst nach Bejahung dieser Frage können die günstigeren Vorschriften der Reichsversicherungsordnung angewendet werden. Abgesehen davon gründet sich die vorliegende Entscheidung keineswegs maßgebend auf eine Zuwiderhandlung gegen ein Verbot, sondern auf die Rechtsübung des Reichsversicherungsamts bei Unfällen bei Spielereien. (Kompaß.)

Grad der Erwerbsunfähigkeit bei schwerer Verletzung beider Arme.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 29. März 1913.

Nach den ärztlichen Feststellungen fehlt dem Kläger als Folge des Unfalls vom 20. August 1910 der ganze rechte Arm und an der linken Hand Mittel- und Ringfinger und zwei Glieder vom Zeigefinger. Er besitzt also an dieser Hand, da der Stumpf des Zeigefingers für eine Tätigkeit nicht in Betracht kommt, nur den kleinen Finger und den Daumen zum Gebrauch. Auch erscheinen angesichts der schweren Kopfverletzung die Angaben des Klägers über Schwindel und Kopfschmerz glaubhaft.

Wenn nun auch der Kläger gelernt hat, mit den ihm verbliebenen zwei Fingern der linken Hand einige Verrichtungen auszuführen, z. B. einen Federhalter zu halten und Kreuze zu machen, so ist doch das Reichsversicherungsamt angesichts der starken Verstümmelung und schweren Verletzung, die der Kläger erlitten hat, und bei der Kürze der seit dem Unfall verstrichenen Zeit der Ueberzeugung, daß er zu den meisten Verrichtungen des täglichen Lebens aus eigener Kraft nicht imstande ist. Das Reichsversicherungsamt vermag sich der Auffassung des Professors Dr. L., daß der Kläger zurzeit imstande sei, sich allein an- und auszuziehen, nach Lage der Sache nicht anzuschließen, sondern hält die Angabe des Klägers, er könne nicht seine Stiefel anziehen und zuschnüren, kleine Knöpfe zuknöpfen, Hosenträger anlegen und ähnliches, für glaubhaft. Das Rekursgericht ist der Ueberzeugung, daß der Kläger in seinem jetzigen Zustande etwa einem Blinden, der sonst gesunde Gliedmaßen hat, ungefähr gleichzustellen ist, und daß er, wenn er auch nicht dauernd einer Pflege und Wartung bedarf, doch bei sehr vielen seiner Verrichtungen die Arbeitskraft fremder Personen in der Regel in Anspruch nehmen muß. Da nun für einen Blinden eine Rente von 80 Prozent des Jahresarbeitsverdienstes für angemessen erachtet worden ist, so erschien es gerechtfertigt, diesen Rentensatz auch im vorliegenden Falle dem Kläger zuzusprechen.

Geringfügige Verletzung als Ursache tuberkulöser Erkrankung?

Rekursentscheid des **Reichsversicherungsamts** vom 25. Februar 1913.

Wenn auch der Unfall, den der Kläger am 11. Mai 1909 erlitten hat, nach seiner eigenen Darstellung sich als ein recht unerheblicher darstellt, so war doch zumal nach dem Gutachten des Professors Dr. W. damit zu rechnen, daß der Ruck, den der fallende Oberkörper durch das Hängenbleiben der Hacken erlitt, den Anstoß zu der tuberkulösen Entzündung der unteren Brustwirbel gegeben haben könnte, an welcher der Kläger gegenwärtig leidet. Diese Auffassung war aber nur dann zu halten, wenn die Behauptung des Klägers zutraf, daß er vor jenem Unfall völlig gesund gewesen sei, so daß eine andere Entstehungsursache des schweren Leidens gar nicht in Frage kommen konnte. Die von der Beklagten angestellten und vom Rekursgericht als richtig befundenen Ermittlungen haben jedoch die Unrichtigkeit der klägerischen Behauptung ergeben. Es ist durch die eidliche Aussage des Dr. M. festgestellt worden, daß der Kläger schon zwei Monate vor dem Unfalle wegen Rückenschmerzen, deren Ursache als Tuberkulose der Wirbelsäule gedeutet werden konnte, sich in ärztlicher Behandlung befunden hat, und dieses Leiden hatte, wie sich aus den Büchern des Dr. Z. damals ergab, solche Fortschritte gemacht, daß bereits 14 Tage nach dem Unfalle dem Kläger ein Stützkorsett verordnet werden mußte. Bei dieser Sachlage konnte Professor Dr. W. seine Ansicht von einem ursächlichen Zusammenhange zwischen Unfall und Leiden nicht aufrecht erhalten, und auch das Rekursgericht hat kein Bedenken getragen, eine solche Beziehung zu verneinen, wobei es noch erwog, daß der Kläger, als er vier Wochen nach dem Unfalle wegen seiner Schmerzen im Kreuze sich an Dr. E. in Düsseldorf wandte, eines Unfalls keine Erwähnung tat, und daß trotz der Schwere der Erkrankung erst zehn Monate nach dem Unfalle eine Anzeige erstattet worden ist.

Digitized by Google

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Ablehnung eines Heilverfahrens durch jüdische Versicherte wegen Mangels ritueller Kost in der Heilstätte.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Dezember 1912.

Allerdings führt die beklagte Versicherungsanstalt zutreffend aus, daß „das Staatsleben und die Gesellschaftsordnung im Deutschen Reiche auf christlicher Grundlage beruhen", und sie zieht daraus folgerichtig den Schluß, daß jüdische Versicherte nicht verlangen können, in Heilstätten mit rein koscherer Einrichtung und Verpflegung untergebracht zu werden. Ebensowenig haben jüdische Pfleglinge einen gesetzlichen Anspruch darauf, daß ihnen in den von den Versicherungsanstalten gewählten nichtkoscheren Heilstätten koschere Beköstigung zuteil werde; dies würde regelmäßig auch gar nicht möglich sein, da, wie die von den Vertretern der Klägerin vorgelegten und angeführten Rabbinatsgutachten und Drucksachen ergeben, die jüdischen Speisegesetze hierfür zu vielgestaltig sind und ihre Beobachtung zu schwierig sein würde. Lediglich die Tatsache der Zugehörigkeit zum Judentum hätte der Klägerin also noch kein Recht gegeben, die Heilbehandlung in einer der ihr von der Beklagten bezeichneten Lungenheilstätten abzulehnen, und zwar um so weniger, als der überwiegende Teil der deutschen Judenschaft die Speisegesetze entweder nicht mehr für religiös verbindlich hält oder sie doch tatsächlich nicht oder jedenfalls nicht streng beobachtet. Das Gesetz erkennt aber nicht nur „gesetzliche", sondern auch „sonst triftige" Gründe für die Ablehnung eines Heilverfahrens an (§§ 22 und 47 Abs. 2 JVG., zu vgl. § 1272 und § 1306 RVO.). Das Reichsversicherungsamt hat in ständiger Rechtsübung den Standpunkt vertreten, daß bei der Prüfung der Frage, ob ein „triftiger" Grund zur Verweigerung eines Heilverfahrens vorliegt, auch Erwägungen seelischer und rein menschlicher Art Platz greifen können. Insbesondere ist ein solcher Grund unter Umständen in der Gemütsverfassung eines Versicherten erblickt worden (zu vgl. Hanow-Lehmann Anm. 4 zu § 1272). Von diesem Gesichtspunkt aus hat das Schiedsgericht mit Recht für wesentlich erachtet — was es ohne Aktenverstoß tatsächlich festgestellt hat —, daß die Klägerin einer strenggläubigen jüdischen Familie angehört, in der die Speisegesetze aufs peinlichste beobachtet werden, daß sie stets koscher gelebt und selbst während ihrer Krankheit, insbesondere während ihres Aufenthalts in Heilanstalten, niemals „verbotene" Speisen genossen hat. Da ein Rabbiner den Juden von der Beobachtung der Speisegesetze keine Befreiung gewähren kann und die religiösen Vorschriften nur in dem — hier nicht zutreffenden — Falle einer unmittelbaren Lebensgefahr den Genuß nicht koscherer Speisen gestatten, so konnte das Schiedsgericht ohne Ueberschreitung seines Rechts der freien Beweiswürdigung die Ueberzeugung erlangen, daß die Klägerin durch eine ihr aufgedrungene Abweichung von den Speisegesetzen in eine schwere Gewissensnot geraten und daß ihr Leiden somit durch das von der Beklagten beabsichtigte Heilverfahren nicht nur nicht gebessert, sondern sogar verschlimmert werden würde. Dem Schiedsgerichte kann daher nicht entgegengetreten werden, wenn es im vorliegenden Falle einen triftigen Grund für die Verweigerung des Heilverfahrens angenommen hat; dieser Standpunkt steht vielmehr mit der oben dargelegten Rechtsübung des Reichsversicherungsamts durchaus in Einklang.

Beruht die Markenverwendung für eine Person auf Handlungen oder Erklärungen des Kontrollbeamten, in denen nach den Umständen ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung zu erblicken ist, so kann der Rentenanspruch nicht abgelehnt werden, weil die Marken zu Unrecht verwendet seien.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 31. Januar 1913.

Das Schiedsgericht hat die Beschäftigung der Klägerin bei ihrem Bruder M. nicht für versicherungspflichtig gehalten. Es nimmt an, daß ein familienhaftes Gemeinschaftsleben vorgelegen habe und somit eine persönliche Abhängigkeit der Klägerin von ihrem Bruder nicht anzuerkennen sei (zu vgl. Ziff. 23 c der Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 721). Auch sonst seien für die Klägerin nicht mindestens 100 Pflichtbeiträge nachgewiesen. Diese Feststellungen sind einwandfrei und daher vom Revisionsgerichte nicht zu beanstanden.

Nach dem Berichte des Bürgermeisters in T. an die Beklagte vom 5. Juli 1911 mußten indessen die Beiträge in den Quittungskarten 1 und 2, die für die Beschäftigung der Klägerin bei ihrem Bruder geleistet sind, auf Grund einer Beitragskontrolle bis zu zwei Jahren zurückentrichtet werden. Anscheinend hat also der Kontrollbeamte der Beklagten die Markenverwendung veranlaßt. Das war allerdings nach dem Invalidenversicherungsgesetz unerheblich. Danach war ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht durch den Vorstand der Versicherungsanstalt

Digitized by Google

für diesen nur dann bindend, wenn es in einem förmlichen berufungsfähigen Bescheid enthalten war (zu vgl. Revisionsentscheidung 1422, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1909 S. 521). Mithin konnte auch ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht durch den Kontrollbeamten die Versicherungsanstalt im Rentenverfahren nicht verpflichten. Anders ist aber die Rechtslage nach der Reichsversicherungsordnung. Ihre Vorschriften sind nach Art. 79 Einf.Ges. z. RVO. hier anzuwenden, da sie für die Berechtigten günstiger sind.

Nach § 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO. kann die Versicherungsanstalt die Rechtsgültigkeit der Markenverwendung im Rentenverfahren nicht mehr bestreiten, wenn sie die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung anerkannt hat. Diese Vorschrift beruht wesentlich auf den Grundsätzen von Treu und Glauben und den Rücksichten auf die Sicherheit des Verkehrs (zu vgl. Kommissionsbericht zur Reichsversicherungsordnung, IV S. 192 ff., sowie Revisionsentscheidung 1599, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 676). Hierauf ist daher auch bei der Auslegung der Vorschrift das Hauptgewicht zu legen. Das gilt um so mehr, als auch sonst auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung die wirtschaftlichen und sozialen Gesichtspunkte in höherem Maße als formalrechtliche Erwägungen zu beachten sind (zu vgl. Ziff. 14 und 22 der oben erwähnten Anleitung). Danach ist § 1445 Abs. 2 Satz 2 a. a. O. auch dann anzuwenden, wenn nicht der Vorstand, sondern der Kontrollbeamte der Versicherungsanstalt die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung anerkannt hat. Die Kontrollbeamten haben im allgemeinen die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Beiträge zu überwachen (zu vgl. § 1465 RVO.). Sie sind insoweit Beauftragte des Vorstandes. Der Umfang ihres Auftrags kann von den Vorständen verschieden gestaltet werden. Diese Regelung bestimmt jedoch noch nicht ohne weiteres auch das Verhältnis der Kontrollbeamten gegenüber der Bevölkerung. Den Beteiligten kann im allgemeinen nicht zugemutet werden, im einzelnen Falle stets zu prüfen, ob ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung zu den Befugnissen des Kontrollbeamten gehört. Dazu werden die Angehörigen der Bevölkerungsschichten, mit denen die Kontrollbeamten amtlich in Berührung kommen, meistenteils gar nicht imstande sein. Sie müssen sich vielmehr regelmäßig darauf verlassen können, daß das Anerkenntnis des Kontrollbeamten dem Willen des Vorstandes entspricht. Das erfordert sowohl die Sicherheit des Verkehrs wie die eigenartige Stellung der Kontrollbeamten. Sie sind nicht nur Angestellte einer öffentlichen Körperschaft, die zum großen Teile den Verkehr zwischen ihr und der Bevölkerung vermitteln, sondern sie sollen auch Vertrauensmänner der beteiligten Bevölkerung sein (zu vgl. Revisionsentscheidung 958, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1902 S. 288). Erkennen sie als solche die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung an, so rufen sie in den Beteiligten die bestimmte Erwartung hervor, daß die Person, auf die sich das Anerkenntnis bezieht, nach Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen eine Invaliden- oder Altersrente erhält. Werden hierfür im Vertrauen auf das Anerkenntnis des Kontrollbeamten Aufwendungen in Gestalt der Beitragsleistung gemacht, so würde es den Grundgedanken des § 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO. widersprechen, wenn der Zweck der Aufwendungen noch im Rentenverfahren durch Bestreiten der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung in Frage gestellt werden könnte. Vielmehr verlangen sowohl Treu und Glauben wie die Sicherheit des Verkehrs, daß die Versicherungsanstalt in einem solchen Falle das Anerkenntnis des Kontrollbeamten im Rentenverfahren gegen sich gelten läßt. Eine Ausnahme wird dann eintreten, wenn die Beteiligten wissen oder den Umständen nach wissen müssen, daß der Kontrollbeamte mit dem Anerkenntnisse seine Befugnisse überschreitet. Denn dann sind sie entweder nicht in guten Glauben oder sie können wegen ihres eigenen Verschuldens nicht den Schutz von Treu und Glauben beanspruchen. Das Anerkenntnis des Kontrollbeamten braucht ebensowenig wie das des Vorstandes ausdrücklich zu sein. Es genügt jede Erklärung oder Handlung des Kontrollbeamten, die nach den Umständen ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung enthält. Das wird beispielsweise der Fall sein, wenn der Kontrollbeamte die Markenverwendung veranlaßt oder die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung auf Befragen bejaht, unter Umständen auch schon dann, wenn er eine Nachentrichtung von Beiträgen verlangt. Ob und unter welchen Voraussetzungen der Vorstand der Versicherungsanstalt das Anerkenntnis vor der Einleitung des Rentenverfahrens widerrufen kann, braucht hier nicht erörtert zu werden, da ein solcher Widerruf im vorliegenden Falle offenbar nicht in Frage kommt. Im übrigen wird für die Wirkungen des Anerkenntnisses des Kontrollbeamten das gleiche gelten wie bei einem Anerkenntnisse des Vorstandes (zu vgl. die bezeichnete Revisionsentscheidung 1599).

Die hier vertretene Auffassung widerspricht auch nicht der Entstehungsgeschichte des § 1445 Abs. 2 RVO. Er beruht auf einem Beschlusse der Reichstagskommission (zu vgl. der obenerwähnte Kommissionsbericht S. 192 ff.). Sie war sich in ihrer Mehrheit darüber einig, daß der bisherige Rechtszustand, wonach das Anerkenntnis der Versicherungspflicht durch die Versicherungsanstalt für diese im allgemeinen nicht bindend war, der Abänderung

Digitized by Google

bedürfe. In diesem Sinne wies ein Kommissionsmitglied darauf hin, daß die Kontrollbeamten der Versicherungsanstalten alle fünf Jahre die Markenverwendung nachprüfen müßten; dabei müsse sich doch herausstellen, ob der Betreffende ein Recht habe zu kleben. Von anderer Seite wurde jedoch bemerkt, es sei zweifelhaft, ob man sich auf die Kontrollbeamten in dieser Beziehung verlassen könne; sie wirkten naturgemäß mehr dahin, daß Marken zu verwenden seien, als daß nicht geklebt würde. Darauf wurde ein Antrag angenommen, der dem jetzigen § 1445 Abs. 2 RVO. entsprach. Hieraus ergibt sich nur so viel, daß man die Erklärungen der Kontrollbeamten über die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung einer Person nicht für unbedingt maßgebend erachten wollte, keineswegs aber, das auch ein Anerkenntnis des Kontrollbeamten die Versicherungsanstalt im Rentenverfahren nicht binden sollte. Uebrigens hat das Reichsversicherungsamt bereits angenommen, daß die förmliche Aufforderung eines Kontrollbeamten gegenüber einem Arbeitgeber zur Verwendung rückständiger Beiträge als Einleitung einer Beitreibung im Sinne des § 168 des Invalidenversicherungsgesetzes gilt (zu vgl. Revisionsentscheidung 921, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1901 S. 544). Demnach sind die Handlungen des Kontrollbeamten auch schon in dieser Beziehung den Handlungen des Vorstandes gleichgestellt worden.

Es wird nicht verkannt, daß die hier vertretene Ansicht, soweit es sich um die Zeit vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung handelt, unter Umständen zu gewissen Härten für die Versicherungsanstalten führen kann. Sie brauchten unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes nicht damit zu rechnen, daß die Anerkenntnisse der Kontrollbeamten sie im Rentenverfahren binden würden und hatten daher auch keine Veranlassung, Maßnahmen gegen eine solche Haftung zu treffen. Das kann jedoch gegenüber den oben dargelegten Gesichtspunkten nicht dahin führen, den Anerkenntnissen der Kontrollbeamten aus jener Zeit die bindende Wirkung im Rentenverfahren zu versagen. Dem würde auch Art. 79 Einf.Ges. zur Reichsversicherungsordnung entgegenstehen, wonach die den Versicherten günstigeren Vorschriften der Reichsversicherungsordnung regelmäßig mit rückwirkender Kraft anzuwenden sind. Dies hat das Reichsversicherungsamt auch bereits für das Anerkenntnis des Vorstandes selbst angenommen (zu vgl. die bezeichnete Revisionsentscheidung 1599). Für die Zukunft wird die Haftung der Versicherungsanstalten weniger in Frage kommen, wenn sie die Befugnisse der Kontrollbeamten entsprechend regeln oder einschränken.

Hiernach hätte das Schiedsgericht mit Rücksicht auf den obenerwähnten Bericht des Bürgermeisters in T. vom 5. Juli 1911 feststellen müssen, ob der Kontrollbeamte der Beklagten seinerzeit die Markenverwendung für die Klägerin veranlaßt hat. Die weitere Angabe des Bürgermeisters, daß der Bruder der Klägerin wegen Unterlassung der Markenverwendung von der Beklagten mit Strafe belegt worden sei, trifft nach dem Schriftsatz der Beklagten vom 15. Februar 1912 allerdings nicht zu. Das ist aber für die Entscheidung auch nicht erheblich. Da das Schiedsgericht die bezeichnete Feststellung unterlassen hat, so war sein Urteil wegen Nichtanwendung des bestehenden Rechtes und nicht genügender Klarstellung des Sachverhalts aufzuheben und die Sache selbst an das nunmehr zuständige Oberversicherungsamt zur nochmaligen Prüfung gemäß dem oben Gesagten zurückzuverweisen.

(W.) Invalidenversicherungspflicht eines Krankenkontrolleurs.

a) Entscheidung des **Versicherungsamtes Hamburg** vom 17. Dezember 1912; b) Entscheidung des **Oberversicherungsamtes Hamburg** vom 17. Februar 1913.

a)

Mit Rücksicht auf die einfachen Aufgaben, welche den Krankenbesuchern in der Hauptsache und im allgemeinen obliegen, kann das Versicherungsamt die Krankenbesucher der Kasse, insbesondere also auch nicht den S., zu der Klasse der anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 rechnen. Es handelt sich hier vielmehr nur um niedere lediglich ausführende Hilfsarbeiten, die jeder Mensch mit gesunden Sinnen, der lesen und schreiben kann, ausführen kann. Selbstverständlich müssen die Krankenbesucher ein gewisses Maß von Takt, d. h. von Verständnis für die Lage und die Verhältnisse der Kranken haben, auch müssen sie natürlich ein gewisses Geschick besitzen, um die nötigen Feststellungen machen zu können, auch müssen sie die Krankenkontrollvorschriften kennen, welche die Kasse für ihre erkrankten Mitglieder erlassen hat. Das alles sind aber Eigenschaften und Kenntnisse, die durch eine kurze praktische Erfahrung leicht zu erwerben sind und keinesfalls ein höheres Maß geistiger Regsamkeit oder selbständigen Denkens erfordern, als im übrigen die Tätigkeit von Gewerbegehilfen und von anderen Arbeitsgehilfen niederer Art. Der Vorsitzende der Kasse hat zum Beweise der gegenteiligen Ansicht auf eine im Verlage des Zentralblattes der Reichsversicherung erschienene Schrift von Albert Kohn über die Krankenkontrolle hingewiesen. Die Darlegungen in dieser Schrift sind ebensowenig wie andere Veröffentlichungen über die Aufgaben der Krankenkontrolleure geeignet, die Ansicht des Versicherungsamtes zu ändern. Man versucht anscheinend, die Aufgaben der Krankenkontrolleure als außerordentlich schwierig

Digitized by Google

und verantwortungsvoll hinzustellen, und ihnen Pflichten und Aufgaben zuzuschreiben, denen sie in Wirklichkeit nicht gerecht werden können, wird ihnen doch in einer solchen Schrift die Aufgabe zugemutet, den Kranken hygienische Ratschläge zu erteilen. Wenn diese Bestrebungen von den Krankenkontrolleuren selbst ausgingen, so wären derartige Darstellungen verständlich, unverständlich aber ist es, daß Vorstände von Ortskrankenkassen, die die praktische Tätigkeit dieser Beamten kennen, sich solche Behauptungen ohne weiteres zu eigen machen, zumal hier die Krankenbesucher nur die üblichen einfachen Aufgaben haben. Aus dem Bildungsgang und der früheren Berufsstellung des S. geht ebenfalls klar hervor, daß es sich hier um Arbeiten handelt, die keine bessere Vor- und Ausbildung und keine besonderen Kenntnisse erfordern, wie sie im allgemeinen die Angestellten auf sozial höherer Stufe aufweisen müssen. Die überaus günstigen Gehalts- und Versorgungsverhältnisse, welche die Kasse ihren Krankenkontrolleuren eingeräumt hat, bieten aber keinen Anhalt für die Annahme, daß es sich um mehr als eine niedere lediglich ausführende Hilfsarbeit handelt, obschon es sich um Bezüge handelt, wie man sie nur Angestellten auf höherer sozialer Stufe gewährt, weil diese Bezüge dem wirklichen und dem wirtschaftlichen Werte der Arbeitsleistung nicht entsprechen. Auf die Art und den objektiven Wert der Tätigkeit selbst aber kommt es bei der Prüfung der versicherungsrechtlichen Frage in erster Linie an, ob eine Person als Gehilfe im Sinne der Ziff. 1 oder als sonstiger Angestellter im Sinne der Ziff. 2 § 1226 Abs. 1 anzusehen ist.

Trotz seines seit dem 1. Oktober 1912 2000 M. im Jahre übersteigenden Jahresarbeitsverdienstes ist daher der S. auch fernerhin invalidenversicherungspflichtig, da er als Gehilfe im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. anzusehen ist. Denn auch die weitere Frage, ob der S. auf Grund des § 1234 RVO. versicherungsfrei ist, ist zu verneinen. Nach dieser Bestimmung sind zwar nunmehr auch versicherungsfrei die Angestellten von Krankenkassen, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse, sowie auf Witwenrente nach den Sätzen der gleichen Lohnklasse und auf Waisenrente gewährleistet ist. Bei Personen in kündbarer Stellung kann aber eine Anwartschaft nur dann als gewährleistet angesehen werden, wenn das Kündigungsrecht des Arbeitgebers in solcher Weise und in solchem Maße beschränkt ist, daß die Entlassung aus dem Dienste und damit der Verlust der Pensionsanwartschaft ein ebenso seltenes Vorkommnis sein wird, wie die Entlassung eines Staatsbeamten im Disziplinarwege. Bei den bestehenden Kündigungsvereinbarungen, aber insbesondere bei dem freien Entlassungsrecht des Vorstandes nach den Vorschriften des § 626 BGB., sowie für den Fall der Zuwiderhandlung gegen die Bestimmungen der Dienstordnung kann davon keine Rede sein.

Die gegen diese Entscheidung des Versicherungsamts erhobene Beschwerde wurde durch die folgende Entscheidung des Oberversicherungsamts zurückgewiesen.

b)

Ohne etwas Neues vorzubringen, bezieht sich in ihrer Beschwerde die Beschwerdeführerin dafür, daß S. nicht den Gehilfen im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 RVO., vielmehr den Betriebsbeamten bzw. anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung nach Ziff. 2 a. a. O. zuzurechnen sei, lediglich auf den bereits dem Versicherungsamte eingereichten Schriftsatz vom 17. Oktober 1912. Die Ausführungen dieses Schriftsatzes aber sind vollinhaltlich bereits in den Gründen des angefochtenen Urteils sachlich gewürdigt; da das Oberversicherungsamt sich ihnen anschließt, genügt es, auf sie zu verweisen. Mit Recht führt die Vorinstanz insbesondere aus, daß es sich hier um mindere Hilfsarbeiten handelt, die durch eine kurze praktische Erfahrung leicht zu erlernen sind und keineswegs ein höheres Maß geistiger Regsamkeit oder selbständigen Denkens erfordern, als im übrigen die Tätigkeit von Gewerbegehilfen und von anderen Gehilfen niederer Art. Es mag noch hinzugefügt werden, wie die persönliche Abhängigkeit der Krankenkontrolleure vom Auftraggeber sich insbesondere auch darin zeigt, daß ihnen jeden Morgen die einzelnen tagsüber auszuführenden Aufträge im Bureau zugeteilt werden. Zutreffend erscheint auch die Auffassung der Vorinstanz, daß es bei Prüfung der hier zu entscheidenden Frage nicht sowohl auf die den Krankenkontrolleuren eingeräumten überaus günstigen Gehalts- und Versorgungsverhältnisse, als vielmehr auf die Art und den objektiven Wert der Tätigkeit selbst ankommt.

Auch bezüglich der weiteren Frage, ob S. auf Grund des § 1234 RVO. versicherungsfrei ist oder nicht, schließt sich das Oberversicherungsamt der Vorinstanz an. Die Behauptung der Beschwerdeführerin, die Bestimmungen des Dienstvertrages, die von der Vorinstanz als Hinderungsgrund der Anwendbarkeit des § 1234 RVO. angeführt wären, seien ohne weiteres durch den Pensionsvertrag vom 24. Dezember 1908 außer Kraft gesetzt, trifft keineswegs zu. Man wird zu unterscheiden haben zwischen dem Dienstvertrag vom 10. September 1912, dem als integrierender Teil die Dienstordnung vom 1. Februar 1900 zugrunde liegt, und dem Pensionsvertrage vom 24. Dezember 1908. Mit Recht weist die Landesversicherungsanstalt der Hansastädte in ihrer Rückäußerung vom 3. Februar 1913 darauf hin, daß der Pensionsvertrag vom 24. Dezember 1908 natürlich nur Anwendung finden kann, falls S. zur Zeit der Pensionierung noch in dem Dienste der Beschwerdeführerin steht. Für die Frage der

Digitized by Google

Kündigungsmöglichkeiten scheidet aber der Pensionsvertrag vom 24. Dezember 1912 völlig aus. Ueber diese entscheidet lediglich der Dienstvertrag vom 10. September 1912. Dieser Vertrag aber gibt im § 3 der Beschwerdeführerin das Recht, S. nach den allgemeinen Vorschriften des § 626 BGB. sowie nach den Bestimmungen der Dienstordnung ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu entlassen. Nur als singuläre Beispiele für Uebertretungen von Vorschriften, die die sofortige Entlassung nach sich ziehen, werden in der Dienstordnung wiederholte Trunkenheit oder widerspenstiges Benehmen gegen die direkten oder indirekten Vorgesetzten angeführt, jedoch würden auch Uebertretungen der übrigen Vorschriften einen gleichen Erfolg haben können. Bei dieser Sachlage nimmt die Vorinstanz mit Recht an, daß bei einem derartig freien Entlassungsrecht des Kassenvorstandes eine Anwartschaft auf Ruhegeld nicht „gewährleistet" ist. Der Hinweis der Beschwerdeführerin auf § 354 RVO. ist verfehlt, denn die Vereinbarungen über das Kündigungsrecht der Kasse stellen den S. schlechter, als er mangels einer Vereinbarung nach bürgerlichem Recht gestellt sein würde. Es ergibt sich dieses daraus, daß für das Entlassungsrecht der Kasse ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist außer § 626 BGB. hier auch noch die Bestimmungen der Dienstordnung gelten sollen. Die Beschwerde war somit zu verwerfen.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Der Halter einer Artistengruppe als selbständiger Gewerbetreibender.

Urteil des **Landgerichts I Berlin** v. 14. Januar 1913.

Der Beklagte unterhielt eine Truppe, die unter dem Namen „Tanz-Ensemble Sieben Suffragettes" in fremden Variétés auftrat. Ein Mitglied dieser Truppe, das gegen 120 M. Monatsgage beschäftigt war, klagte beim Gewerbegericht auf Lohnzahlung. Das Gewerbegericht erklärte sich für unzuständig. Das Landgericht hob dies Urteil auf und verwies die Sache unter Aufstellung obigen Grundsatzes an das Gewerbegericht zurück.

Aus den Gründen:

Zutreffend führt das Gewerbegericht aus, daß eine Festlegung des Begriffs des selbständigen Gewerbebetriebs bei der Vielgestaltigkeit des gewerblichen Verkehrs nicht möglich ist, und daß bei der Beurteilung davon auszugehen ist, ob die Merkmale vorliegen, die dem selbständigen Unternehmen gewöhnlich anhaften.

Das Gewerbegericht kommt zu seiner Ansicht, daß der Halter der Truppe nicht selbständiger Gewerbetreibender sei, weil einmal bei der Stellung des Truppenhalters zu den Variétéunternehmen ein Abhängigkeitsverhältnis vorliege, das vom selbständigen Unternehmertum weit entfernt ist, und dann weil einem solchen Truppenhalter die eigene Betriebsstätte, die eigene Verantwortlichkeit und das typische Unternehmerrisiko fehle. Das Berufungsgericht hat sich den Gründen und der Ansicht des Gewerbegerichts nicht angeschlossen, sondern den Halter einer Artistentruppe als selbständigen Gewerbetreibenden angesehen. Ein solcher Halter einer Artistengruppe engagiert und entläßt die Mitglieder, stellt die Truppe zusammen, bestimmt deren Produktionen, die er einübt, leitet und unter einem eigenen Schaunamen in den Variétés auftreten läßt. Er zahlt den Mitgliedern der Truppe die Gage. Auch wenn die Truppe sich in keinem Engagement befindet, beziehen die Mitglieder diese Gage oder wenigstens einen Teil derselben weiter. Gegenüber den Mitgliedern der Truppe ist also zweifellos seine Stellung eine derartige, daß der Annahme eines selbständigen Gewerbeunternehmers nichts im Wege steht.

Aber auch das Verhältnis des Truppenhalters zu dem Variétéunternehmen ist nach Ansicht des Berufungsgerichts nicht ein solches, daß dadurch dem Truppenhalter der Charakter eines selbständigen Gewerbetreibenden genommen wird.

Daß dem Truppenleiter die eigene Betriebsstätte fehlt, kann nicht gegen die Annahme eines selbständigen Gewerbebetriebs angeführt werden; dies hat seinen Grund in der Natur der Variétés, die darauf angewiesen sind, eine Anzahl von Nummern an einem Abend zu bieten und mit dem Programm in verhältnismäßig kurzem Zeitraum zu wechseln. Der Ansicht, daß der Truppenhalter nicht in eigenem Namen auftrete, kann die Kammer nicht beipflichten. Denn die Truppe tritt unter dem Namen auf, den der Truppenhalter für sie gewählt hat und der für den Truppenhalter eine ähnliche Bedeutung hat, wie für den Kaufmann die Firma.

Daß der Truppenhalter nach außen hin der Polizei gegenüber nicht die Verantwortlichkeit trägt, beruht einmal darauf, daß er keine eigene Betriebsstätte hat und dann auf praktischen Gründen, die aus der kurzen Dauer des Engagements und dem fortwährenden Wechsel des Aufenthalts entspringen und daher angebracht erscheinen lassen, daß ein einheimischer Verantwortlicher, an den die Polizei sich halten kann und der auch mit den polizeilichen Bestimmungen vertraut ist, vorhanden ist.

Das Merkmal der Leitung des Betriebs seitens des Truppenhalters ist auch bei der Vorstellung im Variété vorhanden. Die Truppe hat lediglich nach seinen Anordnungen ihre Produktionen auf-

Digitized by Google

zuführen. Daran ändert nichts der Umstand, daß dem Variétéunternehmer das Recht zusteht, die Zeit des Auftretens zu bestimmen. Da es sich um eine Anzahl von verschiedenen Nummern handelt, sind solche Bestimmungen erforderlich, um den glatten Verlauf der Gesamtvorstellung zu ermöglichen, und nur zu diesem Zwecke werden diese Bestimmungen getroffen.

Daß der Variétéunternehmer das Auftreten der Truppe hindern kann, ist in seinem Hausrecht begründet.

Das Merkmal des Betriebskapitals trifft ebenfalls zu, was auch das Gewerbegericht annimmt. Wenn das Gewerbegericht bei dem Halter einer Artistentruppe das Merkmal des Unternehmerrisikos vermißt, so vermag die Berufungskammer dem nicht beizutreten.

Das Gewerbegericht meint, der Truppenhalter ziehe keinen unbegrenzten Unternehmergewinn, erhalte vielmehr als Entgelt für seine Leistung eine von vornherein festgelegte Vergütung, die ihm auch zufalle, wenn seine Leistung beim Publikum keinen Anklang finde. Abgesehen davon, daß der Truppenhalter, auch wenn er kein Engagement gefunden, den Mitgliedern seiner Truppe Pausiergelder zahlen muß, erscheint dieser Grund des Gewerbegerichts nicht zutreffend, denn eine derartig festgelegte Vergütung bezieht jeder Gewerbetreibende, sobald ein fester Preis vereinbart ist, und er hat darauf Anspruch ohne Rücksicht darauf, ob das von ihm gelieferte dem Besteller gefällt oder nicht, sobald es der Bestellung gemäß ausgeführt ist.

Das Berufungsgericht sieht also in dem Verhältnis des Halters von Artistentruppen zu dem Variétéunternehmen nicht ein solches Abhängigkeitsverhältnis, daß dadurch der Charakter des selbständigen Unternehmers verloren geht und hat daher die Frage, ob der Halter von Artistentruppen als selbständiger Gewerbetreibender zu gelten hat, bejaht.

Damit ist die Zuständigkeit des Gewerbegerichts im vorliegenden Falle gegeben.

Inwieweit wird der Fiskus verpflichtet, wenn der Untersuchungsrichter einen bei der Vernehmung Erkrankten in ein Krankenhaus bringen läßt?

Entscheidung des **Reichsgerichts**, 3. Zivilsen., vom 18. März 1913.

Es gehört zu den Amtspflichten des Untersuchungsrichters, dafür Sorge zu tragen, daß den Personen, die bei gerichtlichen Vernehmungen erkranken, diejenige Hilfe und Pflege zuteil wird, welche zur Abwendung weiteren Schadens erforderlich ist. Ob der Untersuchungsrichter sich darauf beschränken darf, die Polizeibehörde zu verständigen und dieser alles weitere zu überlassen, oder ob er selbst einen Arzt zuziehen und alle sonst zweckdienlichen vorläufigen Maßnahmen veranlassen muß, ist seinem pflichtmäßigen Ermessen überlassen. Durch die hierdurch gebotenen Handlungen des Untersuchungsrichters wird der Fiskus verpflichtet; regelmäßig kann es sich hierbei nur um vorläufige Maßregeln des Untersuchungsrichters handeln, und es wird durch sie der in den Händen der Polizei- und Armenverwaltung ruhenden Fürsorgepflicht nicht vorgegriffen. Aus dem Wortlaut des Ersuchungsschreibens ging hervor, daß über die M. keine Untersuchungshaft verhängt war; auch sonst ließ das Schreiben in keiner Weise erkennen, daß etwa sonstige durch den Untersuchungszweck gebotene Handlungen ihren einstweiligen Verbleib im Krankenhause als erforderlich oder wünschenswert erscheinen ließen. Aus dem Schreiben muß die Krankenhausverwaltung erkennen, daß eine amtliche Anordnung, die M. zu ihrer Pflege im Krankenhause aufzunehmen, nach Lage der Sache nicht in Betracht kommen konnte. Auch daraus läßt sich keine Verpflichtung des Fiskus, dem Krankenhause gegenüber für die Verpflegungskosten aufzukommen, ableiten, daß regelmäßig die Verpflegung im Krankenhause gegen Entgelt gewährt wird. Auch wenn die Verpflegung im Krankenhause regelmäßig gegen Entgelt erfolgt, so enthält doch keineswegs die Bitte an die Krankenhausverwaltung um Aufnahme einer dritten kranken Person ohne weiteres zugleich die Uebernahme der Verpflichtung zur Zahlung des Verpflegungsgeldes. Da weder der Untersuchungsrichter noch der Fiskus der M. gegenüber zur Verpflegung im Krankenhause verpflichtet war, würde der Fiskus für die Kosten nur dann aufzukommen haben, wenn er sich dem Krankenhause gegenüber hierzu verpflichtet hätte, und in dieser Beziehung kommt es lediglich auf die Auslegung des Ersuchungsschreibens an.

(„Das Recht" 1913, Entsch. 1434.)

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Volksversicherung.

Unsere Mitteilungen in Nr. 11 S. 261 und Nr. 17 S. 401 geben eine Vorstellung von den allgemeinen Zielen der sogenannten „Volksversicherung" und von den Unternehmungen zur Verwirklichung dieser Ziele. Die Unternehmungen sind nun so weit gediehen, daß sie ihren Betrieb eröffnen können. Ueber praktische Einzelheiten entnehmen wir der „Sozialen Praxis" Nr. 39 folgendes:

Die Deutsche Volksversicherungsaktiengesellschaft in Berlin ist vom Aufsichtsamt für Privatversicherung zum Geschäftsbetrieb zugelassen worden. Sie wurde mit einem Grundkapital von 2 Mill. M. ins Leben gerufen. Das Kapital soll von 30 deutschen privaten Lebensversicherungsgesellschaften, die dem Unternehmen gleichzeitig einen Organisationsfonds von 1 Mill. M. zinslos zur Verfügung stellen, übernommen werden. Als ein gemeinnütziges Unternehmen, dessen Gewinn 4 % nicht übersteigen darf, will die DVVAG den minderbemittelten Kreisen eine vorteilhafte Gelegenheit bieten, im Wege der Selbsthilfe Frauen und Kinder für den Fall des Todes des Ernährers sicherzustellen, dem Versicherten selbst eine Altersversorgung zu verschaffen und für besondere Anforderungen des Familienlebens (Einsegnung, Militärdienst, Hochzeitsausstattung usw.) Vorsorge zu treffen. Die Versicherungen sollen zu sehr niedrigen Prämienstufen erfolgen. Die „DVVAG." will völlig neutral allen politischen und wirtschaftlichen Parteien gegenüberstehen, ist aber im bewußten Gegensatze zu der gewerkschaftlich-genossenschaftlichen Volksfürsorge ins Leben gerufen worden, die man wegen der hervorragenden Mitwirkung von Männern, deren parteipolitische Stellung auf dem Boden der Sozialdemokratie bekannt ist, als ein „sozialdemokratisches" Unternehmen nach wie vor zu diskreditieren bemüht ist.

Von dem Jahresgewinne sind 80 % an die Versicherten zu überweisen. Der Aufsichtsrat arbeitet ehrenamtlich. Er wird aus 25 Mitgliedern bestehen, von denen mindestens 12 den mit der Aktiengesellschaft in Verbindung stehenden Organisationen angehören müssen; dabei soll auf die verschiedenen Erwerbsgruppen, Arbeiter, Handwerker, Bauern, Kleingewerbetreibende, Angestellte usw. Rücksicht genommen werden. Daneben besteht ein Verwaltungsbeirat aus 25 Versicherungsnehmern; er hat das Recht, einen Schlichtungsausschuß für Streitfälle einzurichten. Zum Reichskommissar der DVVAG. ist Geh. Oberregierungsrat Dr. Wuermeling bestellt worden.

Die Aufnahme von Versicherungsanträgen und die Beitragseinziehung soll durch die Vertrauensmänner und Mitglieder der Organisationen von Staatsbediensteten, Arbeitern, Handwerkern, Bauern, Kleingewerbetreibenden usw. erfolgen, die sich zur Mitarbeit an den Aufgaben der „Deutschen Volksversicherung" bereit erklärt haben. Dazu gehören z. B. schon jetzt der Gesamtverband christlicher Gewerkschaften, der Zentralverband der deutschen Gewerkvereine (H. D.), das Reichskartell der Verbände der Beamten und Arbeiter staatlicher Verkehrsanstalten (Sitz Elberfeld) und andere große Vereinigungen. Ferner soll der Außendienst sich auf die Geschäftsführer und Angestellten der angeschlossenen Erwerbs- und Wirtschaftsgenossenschaften stützen, auf die Beauftragten der beigeordneten Arbeitgeber, die Vertreter der privaten Lebensversicherungsgesellschaften und die eigenen Angestellten der DVVAG. Alle diese Anwerbearbeit soll ausreichend vergütet werden, die Vergütungen sollen für die kollektiven Versicherungen von Vereinsmitgliedschaften besonders hoch festgesetzt werden. Eine enge Verbindung strebt die DVVAG. mit kleinen Sterbekassen usw. an, um ihnen Rückendeckung zu gewähren.

Aus den allgemeinen Versicherungsbedingungen ist zu erwähnen: Keine ärztliche Untersuchung. Bei Einstellung der Prämienzahlung entweder Ausstellung einer beitragsfreien Versicherung oder auf Wunsch sofortige bare Auszahlung des bedingungsmäßigen Rückkaufswertes. Wiederinkraftsetzung einer erloschenen oder beitragsfreien Versicherung gegen Nachzahlung oder durch Verlängerung der Prämienzahlungs- und Versicherungsdauer. Volle Versicherungssumme schon beim Tode nach nur einjährigem Bestehen; beim Tode im ersten Halbjahr Rückzahlung der vollen Prämien. Beim Tode durch Unfall stets Zahlung der vollen Summe. Für freiwillige Zusatzversicherungen und für die Kinderversicherungen gleich günstige Bedingungen. Mitversicherung der Kriegsgefahr ohne Extraprämie nach fünfjährigem Bestehen der Versicherung in voller Höhe. Gewinnbeteiligung nach Ablauf von fünf Versicherungsjahren; die Dividende wird von der Gesellschaft mit $3\frac{1}{2}$ % verzinslich angesammelt und mit der Versicherungssumme oder bei vorzeitiger Auslösung der Versicherung mit der Rückvergütung zusammen ausgezahlt.

Verschiedene Tarife sind für lebenslängliche Versicherung, für abgekürzte (gemischte) Versicherung, für Kinderversorgungsversicherung und für abgekürzte Kinderversicherung aufgestellt; ihnen liegt 14tägige Prämienzahlung zu Grunde. Die Höchstversicherungssumme ist auf 1500 M. festgesetzt.

Die Hauptkonkurrentin der DVVAG., die „Volksfürsorge", die am 1. Juli ihren Betrieb eröffnen wird, hat mit der Werbearbeit schon jetzt durch Verbreitung von Flugblättern und Uebersichten über die Versicherungsarten von Haus zu Haus durch die am Ort bestellten Vertrauenspersonen begonnen.

Ueber die Versicherungsarten der Volksfürsorge ist zu bemerken, daß vermieden wurde, den Versicherungsnehmer auf eine lange Dauer, wie z. B. auf die ganze Zeit seines Lebens, zu binden. Auch bei der reinen Todesfallversicherung ist eine abgekürzte Prämienzahlung von längstens 15, 20, 25, 30, 35 und 40 Jahren vorgesehen. Der gleiche Grundsatz ist bei allen Tarifen gewahrt, bei der Versicherung auf den Todes- und Erlebensfall, ebenso bei der abgekürzten Todesfallversicherung mit zehnjähriger Prämienzahlung. Bei der Kinderversicherung ist die Prämienzahlung ebenfalls, je nach dem Eintrittsalter von 0 bis 6 Jahren, auf 15 bis 9 Jahre beschränkt. Dem Versicherungsnehmer ist es unbenommen, gleichzeitig mehrere Versicherungen bei der Volksfürsorge einzugehen, z. B. eine Todesfallversicherung und eine Todes- und Erlebensfallversicherung. Die Gesamtversicherungssumme darf 1500 M. nicht übersteigen; sie ist die höchstzulässige Versicherungssumme bei der sogenannten kleinen Lebens- oder Volksversicherung, bei welcher eine ärztliche Untersuchung nicht stattfindet. Ueber diese Summe hinaus kann bei der Volksfürsorge ein Versicherungsnehmer seine Versicherungssumme noch steigern, indem er zu seiner Kapitalversicherung mit festen Halbmonatsprämien eine Versicherung mit zwangloser Prämienzahlung nimmt. Der Höchstbetrag der Einzahlungen bei dieser Sparversicherung beträgt 60 M. in einem Jahre. Jede Einlage gilt als die Zahlung einer einmaligen Prämie und wird mit der dem Alter

Digitized by Google

des Versicherten entsprechenden Position des Tarifs kapitalisiert. Zu der Sparversicherung werden Marken im Werte von 10 und 50 Pf. verabfolgt. Diese Sparversicherung ist eine Todes- und Erlebensfallversicherung. Ferner besteht eine Kindersparversicherung in Verbindung mit einer Sparversicherung für die Schulentlassung, die Leistung der Militärpflicht oder die Beschaffung der Aussteuer. Bei den Sparversicherungen und ebenfalls bei der Risikoversicherung ist eine Gewinnbeteiligung vorläufig nicht eingeführt, denn diese Tarife sind mit ganz geringen Verwaltungskosten kalkuliert.

Mit der Volksversicherung wollen sich ferner, außer der privaten seit 1892 bestehenden Erwerbsgesellschaft „Viktoria", die zusammen mit der 1882 gegründeten „Friedrich Wilhelm" mindestens ¾ des gesamten bisherigen Volksversicherungsbestandes umfaßt und besonders in den letzten Monaten die Sammlung neuer Versicherungsnehmer mit allen Mitteln betrieben hat, die öffentlich-rechtlichen Lebensversicherungsanstalten der preußischen Provinzen befassen. Ihr Verband hat mit den privaten Lebensversicherungsgesellschaften „Wilhelma" und „Deutschland" einen Kartellvertrag abgeschlossen; unter Führung des Geh. Oberregierungsrats Dr. Kapp wollen sie in gemeinnütziger Form, auch mit Gewinnbeschränkung auf 4 % arbeiten und vor allem mit Hilfe öffentlicher Korporationen, Verbände und Anstalten besonders in ländlichen und Kleinstadtkreisen sich Anhang sichern; ihr Geschäftskreis beschränkt sich auf Preußen.

Neben diesen neugegründeten Unternehmungen meldet sich auch ein älteres gemeinnütziges, genossenschaftliches Volksversicherungsunternehmen wieder, die „Leokasse" des Verbandes katholischer Arbeitervereine Westdeutschlands, die seit 17 Jahren besteht, in 700 Vereinen eingeführt ist, über 1½ Mill. M. Vermögen verfügt und den Mitgliedern neben dem auf den Sterbefall versicherten Kapital eine Beteiligung am Gewinn von mindestens 5 % gewährt. Eine Reform der Leokasse durch Umwandlung in einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, durch Ausdehnung der Kinderversicherung auf das erste Lebensjahr usw. ist in Angriff genommen.

Ein vor einigen Jahren unternommener Versuch, auf vereinsmäßiger Grundlage eine gemeinnützige Pensionsversicherung für Arbeiter und Angestellte industrieller Betriebe, also eine besondere Art Volksversicherung, in der „Vereinsversicherungsbank zu Düsseldorf" zu schaffen, soll nicht weiter fortgeführt werden. Die Gesellschaft hat beschlossen, ihren Geschäftsbestand an ein anderes Versicherungsunternehmen überzuführen. Sie gibt als Grund hierfür an, daß „die gemeinnützigen Aufgaben, die ihr bei der Gründung gestellt waren, durch die Gesetzgebung (Angestelltenversicherung), ferner durch die Begründung öffentlich-rechtlicher Lebensversicherungen durch die Provinzen und schließlich durch die Begründung einer gemeinnützigen Volksversicherungsanstalt seitens 30 deutscher Lebensversicherungsgesellschaften gelöst oder doch von anderen Stellen auf umfassender Basis in Angriff genommen erscheinen".

Zur Würdigung der Sozialversicherung.

Wie tief die Schrift des Professors Bernhard über die Folgen deutscher Sozialpolitik die Geister erregt hat, zeigt sich darin, daß die Erörterungen darüber nicht zur Ruhe kommen. Es ist vor allem die Oberflächlichkeit und kritiklose Einseitigkeit, mit der hier ein deutscher Gelehrter zusammengelesenes Material aufnimmt und verwertet, um einzelne, vermeidliche oder unvermeidliche Mängel der Sozialversicherung zum Zweck ihrer Herabwürdigung aufzubauschen — dies ist es, was so erregend wirkt, daß der Widerspruch ernster Männer, je nach dem Temperament, in verschiedenen Formen, immer aber in ungewöhnlicher Schärfe sich äußert.

Mit bitterster Ironie leitet Kurt Eisner im Maiheft der „Neuen Rundschau" einen Aufsatz „Die neue Lehre von Bethlehem" ein:

„Im Deutschen Reich treiben alljährlich rund neuntausend Arbeiter die von Professor Ludwig Bernhard schriftstellerisch ausgebeutete Rentenhysterie so weit, daß sie sich nicht schämen, sich für tot zu halten; merkwürdigerweise fördern die Standesämter diesen Wahn und auch die Familienangehörigen bilden sich ein, daß diese neuntausend Rentenhysteriker wirklich tot seien. Bisweilen tritt diese ausschweifendste Form der Rentenhysterie sogar epidemisch auf: man pflegt dann von einer Grubenkatastrophe zu sprechen, und verblendete Menschenfeinde, die für das Gedeihen der deutschen Industrie kein Herz haben, unterstützen wohl gar diese unerwünschten Folgen der deutschen Sozialpolitik, indem sie durch öffentliche Sammlungen dieser bis zum Jüngsten Gericht vorsätzlich und beharrlich aus bloßer Rentensucht fortgesetzten Arbeitsentziehung Vorschub leisten. Des weiteren greift der Wahn verhängnisvoll um sich, als ob der Mensch all die vielen Glieder und Organe notwendig habe, mit denen ihn die gewissenlos verschwenderische Natur ausgestattet habe ... Das System, das der amerikanische Ingenieur Taylor für die Vereinfachung der Handgriffe bei der mechanischen Arbeit scharfsinnig ersonnen hat, wirkt automatisch durch die Bedingungen der heutigen Lohnarbeit auch auf die Vereinfachung der menschlichen Körper selbst. Denn außer den Rentenhysterikern, die sich getötet glauben, werden Jahr für Jahr noch 120 bis 130000 Menschen im Deutschen Reich verletzt und verstümmelt, d. h. von einem Teil ihrer überflüssigen Glieder, Organe, Funktionen befreit. Ist es nicht wirklich unerhört, daß diese derart vereinfachten Menschen nun auch noch dafür bezahlt werden, als Rentner leben dürfen! ..." Weiterhin aber wird sehr ernst und beachtenswert, wenngleich ersichtlich zu weitgehend, bemerkt: „Wenn es aber wahr sein sollte, daß Arbeiter, um die paar Bettelpfennige einer Hungerrente zu erlangen, sich ihre gesunden Glieder verstümmeln lassen oder im Kampf um die Rente in schwere Nervenkrankheiten verfallen, gibt es eine furchtbarere Anklage gegen unsere sozialen Zustände und gegen die Unzulänglichkeit unserer sozialen Gesetzgebung? — Aller Arbeiterschutz hat die Aufgabe, die Arbeitsfähigkeit der Menschen vorbeugend zu erhalten, und alle Arbeiterversicherung kann nur der einen einfachen Aufgabe dienen, im Falle jeder Verminderung und Vernichtung der Arbeitskraft aus öffentlichen Mitteln wenigstens einen bescheidenen Ersatz durch Gewährung ausreichender Unterstützungen zu schaffen. Unsere Arbeiterversicherung leidet an der Unzulänglichkeit der Leistungen und an der verwirrenden sinnlosen Vielgestaltigkeit der Organisation. Es ist schlechterdings unverständlich, daß die Versicherung gegen Beeinträchtigung der Arbeitskraft nach den Ursachen ihrer Zerrüttung gesondert wird. Für die zu leistende soziale Aufgabe ist es bedeutungslos, ob der in die Lunge eindringende Steinstaub den Arbeiter zerstört, oder ein Sturz vom Gerüst, erschöpfte Nerven, Alter. Ob die Störung der Arbeitsmöglichkeit durch Krankheit, Unfall, Invalidität, Alter oder Arbeitslosigkeit herbeigeführt wird, ist für den Versicherungszweck, die Geschädigten und die Gesellschaft unerheblich. Die einheitliche Versicherung und Sicherung gegen alle Schädigungen der Arbeitskraft, ohne den zerrüttenden Kampf um Entschädigung und Ersatz, müssen der erste Grundsatz jeder sozialen Gesetzgebung sein, sie würde sich dann auch mit einigen wenigen Paragraphen begnügen können ..."

Dann wird ausgeführt: Der Professor, als Rentenempfänger in einem Beruf ohne körperliche Gefahren,

Digitized by Google

sollte Verständnis „für die soziale Kultur der Rente" haben. Er sehe die Sache aber verschieden an: „Auf die Besserbezahlten und angenehme Arbeit Leistenden wirkt die Existenzsicherung befeuernd und schöpferisch. Die Millionen aber, die in ungesichertem trostlosen Dasein harter eintöniger Arbeit, unter steten Gefahren des Hungerns, des Siechtums, der Verkrüppelung, der Tötung keuchen, bei denen wirkt auch der bescheidenste Schadenersatz, für die von ihnen gebrachten Opfer demoralisierend; die goldene feste Rente adelt die Besten, die kupferne, jeden Tag bedrohte Rente ist eine nationale Gefahr, sie zeugt Faulenzer, Simulanten, Hysteriker, Prozeßhänse."

Treffend ist, was über Bernhards Beweisführung auf Grund des in ärztlichen Schriften enthaltenen, ganz einseitig ausgewählten Materials gesagt wird. Wie sehr Eisner dabei den Aerzten und ihrem Beruf an sich gerecht wird, bezeugen folgende Worte: „Die Stellung des Arztes in der heutigen Gesellschaft ist so lange unwürdig, als er gezwungen ist, seinen Beruf als Privatgewerbe auszuüben. Es gehört zu den tröstenden Wundern der Unzerstörbarkeit menschlicher Güte, daß trotz solcher erniedrigenden äußeren Umstände gerade Aerzte Vorbilder sozialen Pflichtbewußtseins sind." Aber es gibt auch trübe Erscheinungen ... „Die ganze Unfallliteratur der Aerzte hat schon deshalb für den Volkswirtschaftler keine zwingende Bedeutung, weil die Lehrmeinungen dieser Sachverständigen von der Auffassung, daß schlechthin alles Unfallrentenneurose sei, b.s zu der Meinung, ein echter Fall dieser Art käme fast niemals vor, alle Abstufungeu durchlaufen. Außerdem würde immer nur bewiesen sein, daß die Unsicherheit der Rente, um die ewig aufs neue gekämpft werden muß, nervöse die Heilung erschwerende und die Simulation begünstigende Wirkungen erzeuge, nicht aber die Rente selbst. Die Rentenfeinde, die um die Finanzen der in den Berufsgenossenschaften vereinigten Unternehmer besorgt sind, erzählen Wunderdinge von der Kraft der Menschen, sich an den Verlust wesentlicher Teile ihres Körpers zu gewöhnen und anzupassen. Die unabläßige Aenderung der wirtschaftlichen Verhältnisse aber infolge der Rentengesetzgebung wirft ohnehin tief unter einem erträglichen Existenzminimum lebende Menschen jeden Augenblick wieder aus den Einkommen, an die sie sich eben mühselig gewöhnt und angepaßt haben; ein unerhört grausames Spiel, das auch die zähesten Nerven heillos zerrütten muß. Es ist ein vollkommener Widerspruch, die Fähigkeit, sich an körperliche Schädigungen zu gewöhnen, über die Maßen hoch zu werten; dann aber noch eine erstaunlichere Fähigkeit anzunehmen, sich unabläßig und willkürlich immer aufs neue aus dem eben Gewöhnten wieder reißen zu lassen, ohne gesundheitliche Störung die ewige Gefahr ertragen zu können, daß in wirrer Unruhe elende Daseinsbedingungen noch elender werden könnten ..." Das Endurteil lautet: „Bernhards geistig und moralisch krüppelhafte Gelegenheitsschrift ist die Wahlparole der schweren Industrie, die die Nationalökonomie seit Jahrzehnten belehrt, daß die Wissenschaft endlich umkehren müsse: zum reinen Manchestertum ..."

„Zur Würdigung der deutschen Arbeiter-Sozialpolitik" heißt eine andere, im Volksvereinsverlag in M. Gladbach erschienene Schrift von Dr. Franz Hitze mit Beiträgen von Dr. Wuermeling und Dr. Faßbender. Auch diese Schrift wendet sich gegen Prof. Bernhard. In eingehenden, ernsten und sachlichen, von gründlicher Beherrschung des Stoffes zeugenden Darlegungen über „staatliches Reglementieren und private Unselbständigkeit," über den „Kampf um die Rente," über den „parteipolitischen Mißbrauch sozialpolitischer Einrichtungen" und über die „segensreichen Wirkungen unserer Sozialpolitik" werden, ohne den Versuch einer Beschönigung, die zutage getretenen Mängel auf das rechte Maß zurückgeführt, aber auch die segensreichen Wirkungen gebührend gewürdigt. Diese Würdigung gipfelt in der Ausführung, daß durch die deutsche Sozialpolitik eine Fülle von geistigen und moralischen Kräften in unserem Arbeiterstande geweckt und gestärkt worden ist und daß dies nicht nur ein Gewinn der Kultur und unseres Gesellschafts- und Staatslebens, sondern auch ein Vorteil für unsere Industrie ist. „Denn bei dem gewaltigen Fortschritt der Technik, der steigenden Kompliziertheit der Maschinen und der hohen Verantwortung ihrer Bedienung gewinnt die Initiative, Intelligenz und Tüchtigkeit des einzelnen Mannes immer mehr an Bedeutung, und es wird auch im Wettkampf der Völker auf dem Weltmarkt dasjenige Volk den Sieg erringen, das über den bestgeschulten, geweckteften und strebsamsten Arbeiterstand verfügt."

Zur Angestelltenversicherung

veröffentlicht die Kreuzzeitung folgenden ihr zur Verfügung gestellten Schriftwechsel:

Leipzig, den 19. Mai 1913. An das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte Berlin-Wilmersdorf. Soeben unterschrieb ich einen der monatlich fälligen Schecks zur Angestelltenversicherung in Höhe von 389,40 M. Ich gestatte mir daher die höfl. Anfrage, ob ich in dem Fall, wenn ich nur 25 lange Jahre zur Angestelltenversicherung beigetragen habe und dann durch Unglück Pleite gehe, auch in meinem Alter eine Rente bekomme oder ob ich dann gezwungen bin mit dem Stock auf der Landstraße zu wandern. Sie werden mir zugeben müssen, daß solche Fälle vorkommen können. Ihre Antwort erbitte ich durch Einschreiben. Mit vorzüglichster Hochachtung ergebenst Christian Berlin.

Berlin-Wilmersdorf, den 31. Mai 1913. F. 11925/13. Der Arbeitgeber hat auf Grund der von ihm für die Angestellten bezahlten Beitragshälften keinen Anspruch auf Rente oder anderweitige Bezüge. Das Versicherungsgesetz für Angestellte ist ein Gesetz, das lediglich die Interessen der Angestellten bezweckt. Unterschrift: Hahn.

Dazu bemerkt der Herr Einsender: „Ich gönne den kaufmännischen Angestellten ohne weiteres ihren Erfolg und wünsche gern, daß diese Versicherung möglichst bald noch weiter ausgebaut wird. Nach meiner Ansicht muß aber das, was dem Arbeitnehmer recht ist, auch dem Arbeitgeber billig sein. Es muß also nun unbedingt auch den selbständigen Kaufleuten die Möglichkeit geboten werden, durch eine staatliche Versicherung sich im arbeitsunfähigen Alter vor Not zu schützen."

Hierzu wird folgende treffende Bemerkung gemacht: Ganz recht, nur vermißt man noch das sicherlich doch ebenfalls billige Verlangen, daß auch die Produzenten sowie die Käufer und Konsumenten der Handelswaren nebst ihren Witwen und Waisen von Reichswegen versichert werden. Die dann etwa noch unversorgt bleibenden Einwohner des Deutschen Reiches ließen sich dann mühelos in einer Versicherung für Unversicherte zusammenfassen.

Ein Mittelstandssanatorium

ist anläßlich des Regierungsjubiläums des Kaisers durch Zusammenwirken des Roten Kreuzes mit der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ins Leben gerufen und am 29. Juni in Hohenlychen dem Betriebe übergeben worden. Es führt den Namen „Kaiserin-Auguste-Viktoria-Sanatorium" und ist für 80 versicherte und nicht versicherte weibliche Angehörige des Mittelstandes bestimmt.

Digitized by Google

Vergütungen für die Mitglieder der Kassenorgane.

In der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung (Nr. 3) macht Oberamtmann Dr. Schall darauf aufmerksam, daß die amtlichen Mustersatzungen zwar über die Vergütungen für die Vorstandsmitglieder, nicht aber auch für die Vertreter im Ausschuß bestimmen, obwohl doch der maßgebende § 21 RVO. für die Versicherungsvertreter in beiden Organen gilt. Es empfiehlt sich also eine Ergänzung dahin, daß die für Vorstandsmitglieder getroffenen Bestimmungen auch für die Ausschußmitglieder gelten. Außerdem wird empfohlen, die nicht ganz glückliche Fassung des amtlichen Musters umzugestalten, etwa, entsprechend einer Bekanntmachung des Württ. Oberversicherungsamts vom 10. April 1913, wie folgt:

„I. Die Kasse erstattet den gewählten Mitgliedern des Vorstandes ihre baren Auslagen. Und zwar werden als Reisekosten,

a) soweit die Reise auf Eisenbahnen oder Dampfschiffen zurückgelegt werden kann, die Kosten einer Fahrkarte (III.) Klasse, bei Dampfschiffen (II.) Klasse je für die Hinreise und die Rückreise, wenn jedoch Rückfahrkarten benützt werden können, nur deren Kosten,

b) im übrigen der Betrag der baren Auslagen, der für die Beförderung nachweislich erforderlich war, wobei jedesmal die kürzeste fahrbare Verbindung zugrunde gelegt wird, ersetzt. Die sonstigen baren Auslagen werden in ihrem nachweislich entstandenen Betrag erstattet. (Als Ersatz sonstiger barer Auslagen bei Wahrnehmung von Geschäften der Kasse an einem andern Orte als dem Wohn- oder Beschäftigungsorte des Mitglieds werden für einen halben Tag [3], für einen ganzen Tag [6] M., sowie für jedes notwendige Uebernachten ein weiterer Betrag von [4] M. gewährt.)

II. (Außerdem wird den Vertretern der Versicherten statt des Ersatzes für entgangenen Arbeitsverdienst eine Entschädigung für den halben Tag von [2] M., für den ganzen Tag von [4] M. für Zeitverlust gewährt.) Oder: (Außerdem wird den Vertretern der Versicherten der ihnen entgangene Arbeitsverdienst zum vollen Betrag ersetzt.) (Die Arbeitgeber erhalten eine Entschädigung für den halben Tag von [2] M., für den ganzen Tag von [4] M. für Zeitverlust.).

Anmerkung hierzu.

Die Satzung muß über die Höhe der Vergütung nach § 21 Abs. 2, 3 RVO. bestimmen (§ 321 Nr. 8 RVO.). Die baren Auslagen müssen den Gewählten ersetzt werden. Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst oder, was sich in der Regel empfehlen dürfte, statt dessen ein Pauschbetrag für Zeitverlust muß nur den Vertretern der Versicherten gewährt werden. Einen solchen Pauschbetrag kann aber die Satzung auch den Vertretern der Arbeitgeber zubilligen. Die Festsetzung der Pauschbeträge bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts."

(Gbg.) Die Uebernahme der Krankenversicherung durch Lebensversicherungsgesellschaften.

Das Kaiserliche Aufsichtsamt für Privatversicherung hat Ende Juni die Versicherungsstatistik für 1911 über die unter Reichsaufsicht stehenden Unternehmungeu herausgegeben. Aus derselben geht u. a. hervor, daß sich vier Aktiengesellschaften und zwar der Deutsche Anker-Berlin, Urania-Dresden, Teutonia-Leipzig, Arminia-München; sowie ein Gegenseitigkeitsverein, der Allgemeine Deutsche Versicherungsverein in Stuttgart mit der Krankenversicherung befassen. Die vier Aktiengesellschaften haben mit einem durchschnittlichen Krankengeld von täglich 4 M. 33875 Policen abgeschlossen. Am stärksten ist daran der Deutsche Anker mit 31216 Policen beteiligt. Hiervon sind 470 mit Sterbegeldversicherung verbunden. Auf die Urania entfallen 1014 Versicherungen, die teilweise mit Sterbegeldversicherung verbunden sind. Dann folgt die Teutonia mit 680 und die Arminia mit 965 Versicherungen. Außerdem liefern bei der letztgenannten Gesellschaft noch 317 Gesundheitspflegeversicherungen. Der Allgemeine Deutsche Versicherungsverein in Stuttgart ist an der Krankenversicherung nur mit 358 Policen beteiligt mit einem durchschnittlichen Krankengeld von 6 M. pro Tag. Von diesen Versicherungen erstrecken sich 354 gleichzeitig auf den Invaliditätsfall. Wie das Aufsichtsamt hervorhebt, eignet sich die Krankenversicherung weniger als jede andere Versicherungsart zum Betriebe von einer Zentrale aus; sie erfordert, wenn sie ohne übergroße Gefährdung des Versicherers durchgeführt werden soll, eine weitgehende Kontrolle der Ansprüche erhebenden Versicherten, die ohne großen Verwaltungsapparat nicht möglich ist. Aus diesem Grunde befaßten sich im Jahre 1911 denn auch nur wenige Gesellschaften mit der Krankenversicherung; von diesen Gesellschaften wickeln zwei nur das von anderen Gesellschaften übernommene Geschäft ab, ohne selbst neue Versicherungen abzuschließen.

Außer den größeren Lebens- und Krankenversicherungsgesellschaften, die alle der Reichsaufsicht unterstehen, steht noch eine Anzahl kleiner Sterbe- und Pensionskassen unter Reichsaufsicht. Dieselben sind meistens für eng begrenzte Kreise bestimmt und vielfach von gewerblichen Firmen nur für die eigenen Angestellten oder Arbeiter eingerichtet. Für das Jahr 1911 haben 114 solcher Sterbekassen mit rund 530781 Mitgliedern dem Aufsichtsamt befriedigende Jahresberichte eingesandt. Weiter hatten noch 86 Pensionskassen mit 99353 aktiven Mitgliedern über ihren Geschäftsbetrieb berichtet. Das Vermögen der Sterbekassen betrug Ende 1911 insgesamt 35722135 M., das der Pensionskassen 130939237 M.

Zum Schluß sollen nun noch die Einnahmen, Ausgaben und der Jahresüberschuß bei den deutschen Unternehmungen erwähnt werden. So betrugen in der Lebensversicherung ohne Volksversicherung:

Die Summe der Einnahmen	766038680 M.
„ „ „ Ausgaben	638346157 „
Der Jahresüberschuß	127692523 M.

Für die Volksversicherung ergeben sich folgende Zahlen:

Summe der Einnahmen	136868741 M.
„ „ Ausgaben	114678777 „
Der Jahresüberschuß	22189964 M.

Bezüglich der Volksversicherung wird noch hervorgehoben, daß der Zuwachs hierzu in den letzten Jahren nachgelassen habe. Im allgemeinen haben aber die Ausgaben für Versicherungszwecke von 1910 zu 1911 zugenommen, so bei der Lebensversicherung um 6,1 Prozent, bei der Unfall- und Haftpflichtversicherung um 7,9 Prozent usw.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Abfägung eines Kassenbeamten.

Im Anschluß an unsere Mitteilung S. 446 haben wir bemerkt, daß die Sache nach § 358 Abs. 3 RVO. vor die ordentlichen Gerichte gebracht werden könne. Eine Zuschrift weist demgegenüber darauf hin, daß die Gerichte an die Entscheidungen der Versicherungsbehörden, ob aus wichtigem Grunde gekündigt werden durfte, nach § 358 Abs. 4 RVO. gebunden sind und daß daher die Sache für den Angestellten doch wohl mit dem Spruch des Oberversicherungsamts aus sein werde.

Der § 358 Abs. 4 ist uns natürlich nicht entgangen, aber er scheint uns den Fall nicht zu erledigen. Denn das Versicherungsamt soll ja seine Entscheidung mit der Erwägung begründet haben, daß die Versetzung in den Innendienst als eine neue Anstellung wegen Nichtbeachtung der Formvorschriften (über die Abstimmung) ungültig, die Beschäftigung im Innendienste unrechtmäßig sei. Dann bedurfte es insoweit gar nicht der „Kündigung" aus § 626 BGB., der selbstverständlich ein an sich gültiges Beschäftigungsverhältnis voraussetzt. Die Kündigung konnte sich danach nur auf die Beschäftigung in der früheren, aufgehobenen Stelle im Außendienst beziehen, und wenn in der Aufhebung dieser Dienststelle an sich ein wichtiger Grund zur Kündigung läge, so wäre immer noch auch darüber zu entscheiden, ob wirklich, wie das Versicherungsamt angenommen hat, die Vertragsänderung, welche in der Versetzung in den Außendienst liegt, wegen Nichtbeachtung der Abstimmungsformalitäten rechtlich unwirksam ist. Hierüber aber haben die Gerichte mitzureden. Im übrigen wollen wir aus dem früher erwähnten Grunde auf die Sache einstweilen nicht näher eingehen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere fachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Dringende Bitte!

In den bevorstehenden Ferienmonaten haben auch die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während dessen Anfragen an den Briefkasten nur in sehr dringenden Fällen zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Berücksichtigung der Provision eines Reisenden bei Feststellung seines Verdienstes. — Die Berechnung der 13 Wochen im Falle der §§ 6a und 26a KVG.

1. Nach Lauban. Antwort: a) Bei der Berechnung des für die Beiträge und die Krankenunterstützung maßgebenden Verdienstes eines Reisenden ist derjenige Provisionsbetrag in Ansatz zu bringen, den er im Falle der Erwerbsfähigkeit bei regelmäßiger vertragsmäßiger Beschäftigung im Durchschnitt wahrscheinlich verdienen würde. Es ist nicht angängig, ihm im Falle der Erkrankung das Krankengeld mit der Begründung zu kürzen, daß sich sein Arbeitsverdienst, da er während der Erwerbsunfähigkeit keine Provision verdiene, mindere und er daher einer niedrigeren Lohnklasse angehöre; denn das Krankengeld soll ja gerade eine Entschädigung für die durch die Krankheit bedingten wirtschaftlichen Nachteile, insbesondere den Minderverdienst bilden. War der Reisende bis zu seiner Erkrankung lediglich organisatorisch tätig, so daß er bis dahin keine Provision verdiente, so wird dennoch eine solche schätzungsweise seinem festen Gehalt zuzurechnen sein, wenn durch seinen Anstellungsvertrag eine Beschäftigung gegen Provision vorgesehen ist und daher mit einiger Wahrscheinlichkeit eingetreten sein würde, wenn sie nicht durch seine Krankheit verhindert worden wäre. Infolgedessen kann ihre Kasse nicht nachträglich nur einen Verdienst ohne Provision zugrunde legen, zumal nachdem sie bisher die Provision mit eingerechnet hatte.

b) Die 13 Wochen, für die höchstens innerhalb der nächsten 12 Monate das Mitglied wegen einer auf derselben nicht gehobenen Ursache beruhenden Krankheit nach §§ 6a Ziff. 3 und 26a Ziff. 3 KVG. Unterstützung verlangen kann, werden vom Tage der Erkrankung, nicht vom Tage des Krankengeldbezuges an gerechnet. § 6 Abs. 2 findet also keine entsprechende Anwendung. (Ebenso Hoffmann, das Krankenversicherungsgesetz, Anm. 14 zu § 6a; Hahn, Handbuch der Krankenvers., Anm. 6 zu § 188 RVO.; ferner Arb.-Versorgg. XXVI. S. 740 Ziff. 14.

Digitized by Google

Pensionsansprüche bei Schließung einer Kasse.

2. Nach Bonn. Frage: In Nr. 15 Ihres Blattes, S. 359, Ziff. 3 und Nr. 16, S. 382, Ziff. 2, behandeln Sie die Rechtslage der Kassenangestellten bei Schließung einer Kasse infolge der Neuordnung nach der Reichsversicherungsordnung. Wie ist es aber nun mit früheren Angestellten, die Pensionen, und mit den Witwen und Waisen von Angestellten, die Witwen- und Waisengelder beziehen? Für diese hat das Gesetz überhaupt nicht gesorgt. Da die alte Kasse geschlossen wird, eine Vereinigung im Sinne des Gesetzes also nicht stattfindet, sondern das bisherige Rechtssubjekt vollständig verschwindet und ein Rechtsnachfolger nicht vorhanden ist, so ist niemand da, der gesetzlich verpflichtet wäre, Pensionen zu übernehmen. Oder kann aus dem Gesichtspunkte heraus, daß die neu zu gründende Allgemeine Ortskrankenkasse das Vermögen übernimmt, auch eine Verpflichtung zur Uebernahme der Pensionszahlungen hergeleitet werden?

Antwort: Eine Uebernahme von Vermögen durch eine andere Kasse kann nur in Frage kommen, wenn „nach Abwicklung der Geschäfte noch ein Vermögensbetrag" verbleibt (§ 303 RVO.), also nur, wenn alle Schulden berichtigt sind. Zu diesen gehören aber auch die Pensionsverpflichtungen. Solche Ansprüche müssen also vorher befriedigt oder zum mindesten sichergestellt werden; denn solange das nicht geschehen ist, können die Geschäfte nicht als abgewickelt gelten. Sollte sich ergeben, daß nach der Abwicklung noch ein Vermögensüberschuß verbleiben würde, so wäre es zu empfehlen, die Beteiligten einigten sich dahin, daß die Kasse, der der Ueberschuß zufiele, auch die Verpflichtung zur Zahlung der Pensionen übernehme. Sollte aber die Kasse überschuldet sein, so müßte eine Verteilung ihres Vermögens gemäß § 61 der Konkursordnung stattfinden, wobei die Pensionsansprüche unter entsprechende Anwendung von § 69 Konkursordnung abzuschätzen wären. Bei dieser Gelegenheit wäre die alte Streitfrage, ob über eine Krankenkasse überhaupt das Konkursverfahren eröffnet werden könne, zum Austrag zu bringen (für die Zulässigkeit Hahn, in der Arb.-Versorgg. XV. S. 533 und in seinem Handbuch der Krankenversf., Anm. zu § 267 RVO.; dagegen Hoffmann, Anm. 2 zu § 267).

Verwendung des Vermögens einer aufgelösten oder geschlossenen Betriebskrankenkasse. — Verhältnis des preußischen Ministerialerlasses vom 4. November 1912 Abs. 2 Ziff. 5 zu Art. 29 Einf.Ges. zur RVO.

3. Nach Linnich. Antwort: a) Wird eine Betriebskrankenkasse aufgelöst oder geschlossen, so hat der Vorstand die Geschäfte abzuwickeln (§ 301 RVO.). Hat der Arbeitgeber ihr nachweisbar Zuwendungen gemacht, so kann er über einen entsprechenden Teil desjenigen Vermögens, das nach Abzug der auf die Mitglieder entfallenden und gemäß § 293 zu berechnenden Beträge sich ergibt, zugunsten einer besonderen Unterstützungskasse oder eines Sondervermögens für die Mitglieder verfügen (§§ 303 Abs. 2, 295). Was nach Abwicklung der Geschäfte unter Berücksichtigung dieses Teils verbleibt, wird vom Versicherungsamt den beteiligten Kassen, in ihrem Falle also der Allgemeinen Ortskrankenkasse überwiesen (§ 303 Abs. 1). § 293 kommt demnach nur insoweit in Frage, als es sich um die Berechnung des der Verfügung des Arbeitgebers unterliegenden Teils des Vermögens handelt.

b) Wenn der preußische Ministerialerlaß vom 4. November 1912 (Arb.-Versorgg. XXIX S. 817 ff.) in Ziff. 5 des Abschnitts II bei der Errichtung einer Landkrankenkasse die Ausgestaltung einer gemeinsamen Ortskrankenkasse zur Allgemeinen davon abhängig macht, daß aus ihr die Landkassenpflichtigen gemäß § 281 ff. RVO. ausgeschieden werden, so kann dadurch denjenigen an sich landpflichtigen Versicherten, die am 1. Januar 1914 beim Inkrafttreten der Krankenversf. der Reichsversicherungsordnung. Mitglieder einer Ortskrankenkasse sind, das ihnen durch Art. 29 Einf.Ges. gewährte Recht, Mitglieder ihrer Kasse zu bleiben, nicht genommen werden. Von jener Bestimmung des Erlasses werden daher nur diejenigen Landkassenpflichtigen betroffen, die von dem Recht des Art. 29 keinen Gebrauch machen, und solche, die am 1. Januar 1914 überhaupt noch nicht Mitglieder einer Orts- oder Betriebskrankenkasse sind. Bei dieser Auslegung ergibt sich kein Widerspruch zwischen dem Erlaß und Art. 29 Einf.Ges.

Die Verpflichtungen der Krankenkasse im Falle eines durch die Reichsversicherungsanstalt eingeleiteten Heilverfahrens. — Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes. — Versicherungspflicht der Lehrlinge.

4. Nach N. Frage: a) Ein Mitglied unserer Kasse soll durch die Angestelltenversicherung einer Heilanstalt überwiesen werden. Nach § 43 AVG. hat die Reichsversicherungsanstalt keinen Anspruch auf Ersatzleistung an die Krankenkassen usw. Dem Versicherten steht ein Hausgeld zu. (Er ist verheiratet). Hat die Krankenkasse in diesem Falle an den Versicherten Krankengeld zu gewähren, oder hat sie überhaupt etwas zu gewähren, weil doch im bejahenden Falle der Versicherte doppelt unterstützt werden würde?

b) Das Personal unseres Hoftheaters wird vom 1. Oktober bis 30 April (Saison) beschäftigt. Ist zur Feststellung der künftigen Versicherungspflicht die Monatsgage mit 7 oder 12 zu multiplizieren, um den Jahresarbeitsverdienst zu ermitteln? Wie ist der Tagesentgelt zwecks Zuteilung in die bezügliche Lohnklasse zu ermitteln?

c) Wie ist die Lohnklasse bei Kochlehrlingen usw. zu ermitteln, welche ein Lehrgeld bezahlen, das jedoch nicht ausreicht, um den freien Unterhalt zu decken. Beispielsweise Lehrgeld pro Jahr 150 M. wogegen der freie Unterhalt mit 365 M. bewertet wird. Es liegt doch zweifellos jetzt schon Krankenversicherungspflicht vor?

Antwort: a) Die Krankenkasse ist an sich zur Unterstützung verpflichtet, wenn der Versicherte krank im Sinne der Krankenversicherung ist, d. h. wenn er infolge eines anormalen Körper- oder Geisteszustandes der Krankenpflege bedarf oder nicht ohne Gefährdung seines Gesundheitszustands weiter arbeiten darf. Die Gewährung der Krankenpflege seitens der Kasse fällt jedoch naturgemäß fort, wenn sie bereits von der Reichsversicherungsanstalt durch ein von dieser eingeleitetes Heilverfahren gewährt wird; Ersatz kann die Anstalt hierfür von der Kasse nicht verlangen (§ 43 AVG.). Die Kasse muß aber im Falle einer durch Krankheit bedingten Arbeitsunfähigkeit Krankengeld zahlen, nicht aber Hausgeld, da sie zur Krankenhauspflege nicht verpflichtet ist. Bis zum Betrage des Krankengeldes darf die Anstalt das Hausgeld und das Ruhegeld kürzen (§ 40 AVG.).

b) Findet eine Beschäftigung nur während sieben Monate statt, so ist zur Feststellung der Versicherungspflicht die Monatsgage mit sieben zu vervielfältigen. Hinzuzurechnen wäre freilich, was ein Versicherter in den Monaten Mai bis September in einer andern Stellung verdienen würde. Der Tagesentgelt ist mittels Teilung der Monatsgage durch die Zahl der Spieltage im Monate zu bestimmen.

c) Nach § 165 Abs. 2 sind Lehrlinge Krankenversicherungspflichtig, auch wenn sie kein Entgelt beziehen oder sogar noch Lehrgeld zahlen müssen. Zur Feststellung

Digitized by Google

der Lohnklasse ist gemäß den vom Versicherungsamt festgesetzten Ortspreisen der Wert der Wohnung und der Kost zu ermitteln (§ 160 Abs. 2) und davon das Lehrgeld in Abzug zu bringen. Der Ueberschuß ist der Bestimmung der Lohnklasse zugrunde zu legen. In solchen Fällen werden die Lehrlinge fast immer der niedrigsten Klasse zuzurechnen sein. Zurzeit ist nach dem KVG. § 1 für die Versicherungspflicht Voraussetzung, daß der Lehrling Entgelt erhalte, dieser ist daher nicht versicherungspflichtig, wenn er keines erhält oder, wie im vorliegenden Fall, das Entgelt, wozu auch Wohnung und Unterhalt gehören, an Wert das Lehrgeld nicht übersteigt.

Erkrankungen freiwilliger Krankenkassenmitglieder während der Wartezeit.

5. Nach Trier. Antwort: Wenn die Satzung bestimmt, daß freiwillig beitretende Mitglieder einen Unterstützungsanspruch erst nach einer bestimmten Karenzzeit erwerben können, so haben sie für alle Erkrankungen die während der Karenzzeit eintreten, keine Unterstützung zu beanspruchen, und zwar für die ganze Dauer der Krankheit, also der Anspruch ist dann auch für die Zeit nach Ablauf der Karenzfrist ausgeschlossen. (Vgl. Hahn, Handbuch der Krankenvers., Anm. 2 zu § 207 RVO.).

Form der Beschlüsse des Krankenkassenausschusses.

6. Nach Stuttgart. Antwort: Die Satzung kann nicht vorschreiben, daß in anderen, als in den von der Reichsversicherungsordnung selbst angegebenen Fällen, der Ausschuß der Krankenkasse nach Gruppen getrennt abstimmen oder seine Beschlüsse nur mit qualifizierter Mehrheit (z. B. $^2/_3$ oder $^3/_4$) fassen könne. Derartige Bestimmungen würden nichtig sein. (Vgl. auch Hahn, Handbuch der Krankenvers., Anm. 1 c und 3 zu § 345 RVO.).

Mangel der Mustersatzung hinsichtlich der Beiträge für unständig Beschäftigte.

7. Nach Sp. Frage: In dem amtlichen Musterstatut für allgemeine Ortskrankenkassen im Abschn. 5 findet sich im § 61 für „unständig Beschäftigte" die Bestimmung, daß hinsichtlich der Beiträge und Leistungen grundsätzlich die Vorschriften der Abschnitte 3 und 4 gelten sollen; es fehlt aber jeder Hinweis auf die im § 453 RVO. vorgeschriebene Abweichung von diesen Grundsätzen, wonach an Stelle der Arbeitgeber der Gemeindeverband der Kasse gegenüber zahlungspflichtig ist. Eine Anordnung der preuß. Landesregierung, wie sie § 458 RVO. vorsieht, ist uns auch nicht bekannt. Die Unstimmigkeit zwischen dem Wortlaut des Musterstatuts und dem § 453 RVO. befremdet uns um so mehr als sowohl in den Erläuterungen zu dem Musterstatut als auch in den mehrfachen Besprechungen der Mustersatzungen in ihrer geschätzten Zeitschrift, insbesondere der von Hahn (Jahrgang 30 S. 361 ff.) dieser doch so überaus wichtigen Sache keine Erwähnung getan worden ist. Als Abonnent Ihrer Zeitschrift bitten wir, uns hierüber aufklären zu wollen.

Antwort: Der gerügte Mangel in der Mustersatzung liegt tatsächlich vor. § 61 Ziff. 3 bedarf der Ergänzung durch etwa folgende Fassung: „Die Pflicht der Arbeitgeber zur Einzahlung ihrer Beitragsteile (§§ 49, 53 der Satzung fällt weg; die unständig Beschäftigten haben ihren Beitragsteil selbst einzuzahlen." Des positiven Ausspruchs, daß die Beitragsteile für die Arbeitgeber vom Gemeindeverbande zu zahlen sind (§ 453 RVO.) bedarf es nicht, weil die Satzung nur die Aufgabe hat, die Beziehungen zwischen der Kasse auf der einen und den Arbeitgebern und Versicherten auf der anderen Seite zu regeln. Der § 453 gilt kraft Gesetzes, so lange nicht landesrechtlich nach § 458 etwas anderes verordnet ist.

Ausschluß eines Mitgliedes aus einer Kasse.

8. Nach Altona. Antwort: Das Mitglied kann aus der Krankenkasse, gleichviel, ob diese als Ersatzkasse zugelassen ist oder nicht, nicht deswegen ausgeschlossen werden, weil es wiederholt dieselben Anträge stellt, obwohl diese bereits einmal oder öfter von der Generalversammlung abgelehnt worden sind. Es dürfte sich empfehlen in die Satzung eine Bestimmung des Inhalts aufzunehmen, daß Anträge, die abgelehnt worden sind, innerhalb gewisser Frist nicht wieder gestellt werden können.

Muß die Kasse Nachtwachen und andere Verrichtungen im Krankenhaus besonders bezahlen?

9. Nach N. Frage: Von Kliniken und Krankenhäusern werden vielfach Kosten für Nachtwachen bei Schwerkranken in Rechnung gestellt. Auch berechnen sie öfters für Röntgendurchleuchtungen, Bäder, Verbände usw. außer dem festgesetzten Pflegesatze hohe Preise. Ist die Krankenkasse zur Begleichung derartiger Forderungen verpflichtet?

Antwort: Welche Ansprüche das Krankenhaus stellen kann, richtet sich nach den mit ihm von der Kasse getroffenen Abmachungen und in Ermangelung solcher nach den allgemeinen Aufnahmebestimmungen; denn es ist anzunehmen, daß sich diesen die Kasse unterwirft, wenn sie dem Krankenhaus ein Mitglied ohne besondere Abmachungen überweist. Ist hiernach ein fester Satz zu entrichten, so wird in ihm auch die Vergütung für ärztliche Pflege enthalten sein, wozu nötigenfalls auch Nachtwachen und Röntgenuntersuchungen zu rechnen sind. Darum kann eine besondere Bezahlung für derartige Verrichtungen nur dann verlangt werden, wenn sie in dem Sonderabkommen oder den von der Kasse, sei es ausdrücklich, sei es stillschweigend anerkannten Aufnahmebestimmungen vorbehalten ist.

Bitte an unsere Leser.

Auf unsere Anfrage in Nr. 15 S. 360 sind bisher keine Mitteilungen, aber mehrere Anfragen eingegangen, aus den zu ersehen ist, daß der Gegenstand vielseitig interessiert. Wir erneuern daher die Bitte an unsere Leser, denen praktische Fälle von Vereinbarungen über die Kosten nach § 347 Abs. 4, § 404 Abs. 3, §§ 888, 1465, 1470 RVO. bekannt sind, um gefällige Mitteilung, in welcher Weise solche Vereinbarungen getroffen sind. Auch Vorschläge einer praktisch brauchbaren Regelung werden willkommen sein.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe, Amtsgerichtsrat J. Hahn, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. Laß, Rat Dr. Olshausen, Geh. Hofrat Prof. Dr. Rosin, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. R. Weymann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher
und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. 11. August 1913.

Redaktion:	Nr. 23	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die Schließung der Gemeindekrankenversicherungen.

Von Rechtspraktikant Dr. Franz Rosin in Freiburg i. Br.

Nach Art. 14 Einf.Ges. z. RVO. in Verbindung mit Art. 5 der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 betr. die Inkraftsetzung von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung müssen sämtliche Gemeindekrankenversicherungen mit dem Ablauf des 31. Dezember 1913 geschlossen werden. Bei der Schließung ergeben sich mancherlei Fragen, deren wichtigste in den folgenden Ausführungen beantwortet werden sollen.

I. Wer nimmt die Schließung vor?

In der Literatur (vgl. die Komm. von Hoffmann S. 674, Köhler-Biesenberger Bd. 2 Einf.Ges. S. 20, Düttmann-Appelius Bd. 1 S. 14, ferner Stempel in der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung Jahrg. 1913 Sp. 161) wird zum Teil angenommen, daß die Schließung der Gemeindekrankenversicherungen vom Versicherungsamt einzuleiten und von ihm unter Mitwirkung des Oberversicherungsamts auch teilweise durchzuführen sei. Aus der Verweisung des Art. 14 Einf.Ges. auf die §§ 282 bis 284 RVO., deren entsprechende Anwendung vorgeschrieben ist, wird gefolgert, daß das Versicherungsamt die Schließung der Gemeindekrankenversicherungen anzuordnen, darauf die Beteiligten (die Gemeinden) zu hören und endlich die Akten mit seinem Gutachten dem Oberversicherungsamt vorzulegen habe, das seinerseits den Tag der Schließung festzusetzen habe. Dieser Tag müsse der 31. Dezember 1912 sein (Stempel a. a. O.). Gegen den Beschluß des Oberversicherungsamtes sei die Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde zulässig.

Diese Auffassung von der Tätigkeit der Versicherungsbehörden in dem angegebenen Umfang ist nicht richtig. Es ist ohne weiteres klar, daß von den §§ 282—284 RVO., deren entsprechende Anwendung Art. 14 Einf.Ges. vorschreibt, diejenigen Bestimmungen außer Betracht bleiben müssen, die einen Antrag voraussetzen. Es sind dies die Vorschriften der §§ 282 Abs. 1 und 2, 283 und 284. Da die Schließung der Gemeindekrankenversicherungen auf Grund besonderer gesetzlicher Bestimmung erfolgt, ist ein Antrag auf Schließung unnötig. Infolgedessen kann auch das weitere auf den Antrag vorgeschriebene Verfahren, nämlich die Anhörung der Beteiligten (richtig Stempel a. a. O.), die gutachtliche Aeußerung des Versicherungsamtes, sowie die in § 284 vorgesehene Tätigkeit des Oberversicherungsamtes keine Anwendung finden.

Von den Bestimmungen der §§ 282—284 RVO. bleibt also nur noch § 283 Abs. 3, wonach das Versicherungsamt das Verfahren von Amts wegen einzuleiten hat. Aber auch diese Bestimmung ist einer entsprechenden An-

Digitized by Google

wendung nicht fähig. Wie sich aus der Natur der Sache ergibt und auch in den Motiven ausdrücklich ausgesprochen ist (Begr. z. RVO. S. 186), mußte ein Eingreifen des Versicherungsamtes in den Fällen vorgesehen werden, in welchen die Schließung einer Kasse allgemein gesetzlich geboten ist, ohne daß der Wille der Beteiligten in Betracht kommt. Bei der Schließung der Gemeindekrankenversicherungen liegt zwar diese Voraussetzung an und für sich vor; die amtliche Anordnung ist jedoch ersetzt durch die Spezialvorschrift des Art. 5 der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1913. Eine besondere Anordnung der Schließung ist daher überflüssig.

Es zeigt sich also hier der Fall, daß die Verweisungen des Gesetzes nicht aufzulösen und daher als gegenstandslos zu betrachten sind. Dasselbe ist der Fall bei den Verweisungen des Art. 14 Einf.Ges. auf § 304 und, wie sich später noch zeigen wird, auf § 305 RVO.

Wer hat also die Schließung vorzunehmen? Die Antwort gibt in erster Linie § 301 RVO., dessen entsprechende Anwendung ebenfalls von Art. 14 Einf.Ges. vorgeschrieben ist. Hiernach hat der Vorstand der Kasse, also in entsprechender Anwendung die Gemeinde, die Geschäfte der Kasse abzuwickeln. Ob und inwieweit für die Modalitäten der Abwicklung ein förmlicher Gemeindebeschluß erforderlich ist, richtet sich nach Landesrecht.

Das Versicherungsamt ist bei der Schließung selbst nicht beteiligt. Es hat nur soweit mitzuwirken, als es als Aufsichtsbehörde Anlaß zum Einschreiten findet. Erst wenn die Schließung der Gemeindekrankenversicherung durchgeführt ist, tritt das Versicherungsamt in Tätigkeit, insoweit nämlich, als es sich darum handelt, die Mitglieder und die Bestände der Gemeindekrankenversicherung an andere Kassen zu überweisen (vgl. Art. 14 Einf.Ges. §§ 300, 303, 294 RVO.). Hierüber Näheres unter IV und V.

II. Beendigung des Vertragsverhältnisses mit Medizinalpersonen und Lieferanten.

Auf die Beendigung des Vertragsverhältnisses mit Aerzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Apothekenbesitzern und -verwaltern, Heilanstalten, Badern, Hebammen, Heildienern, Heilgehilfen, Krankenwärtern, Masseuren usw. finden nach Art. 14 Einf.Ges. die Bestimmungen des § 302 RVO. entsprechende Anwendung. Der an dieser Stelle erwähnte Beschluß des Oberversicherungsamts wird auch hier wieder ersetzt durch Art. 5 der erwähnten Kaiserl. Verordnung. Die Mitteilung an die genannten Personen und Anstalten fällt daher weg (abweichend Appelius-Düttmann S. 20, Stempel Sp. 162). Das Vertragsverhältnis endet ohne weitere Kündigung mit dem Ablauf des 31. Dezember 1913, sofern es nicht nach dem Vertrage schon früher abläuft. Immerhin kann es zweckmäßig sein, die genannten Personen von dem Ablauf des Vertragsverhältnisses noch besonders in Kenntnis zu setzen.

III. Rechtsverhältnisse der Beamten und Angestellten.

Die Gemeindekrankenversicherung ist nicht Träger der Versicherung und besitzt keine Rechtsfähigkeit. Die Beamten und Angestellten, die bei ihr beschäftigt sind, sind daher nicht Beamte und Angestellte der Gemeindekrankenversicherung, sondern der Gemeinde. Sie behalten diese Stellung auch, wenn die Gemeindekrankenversicherung geschlossen wird. Ihre Anstellungs- und Entlassungsverhältnisse richten sich lediglich nach dem Dienstvertrag (ebenso Olshausen S. 591 und namentlich Komm.Ber. z. Einf.Ges. S. 28). Die Verweisung des Art. 14 Einf.Ges. auf die §§ 302, 305 RVO., die entsprechend anzuwenden sein sollen, wird dadurch gegenstandslos (Hoffmann S. 674), um so mehr, als die §§ 302, 305 RVO. Beamte und Angestellte „einer Kasse“ im Auge haben, worunter die bei der Gemeindekrankenversicherung beschäftigten Personen nicht zu rechnen sind.

Eine Verpflichtung anderer Versicherungsträger zur Uebernahme der bei der Gemeindekrankenversicherung beschäftigten Beamten und Angestellten, wie sie in Arb.-Versorgg. 1911 S. 742, 743, 1913 S. 71 behauptet ist, besteht nicht. Es ist allerdings, wie auch im Komm.Ber. z. Einf.Ges. (S. 28) schon bemerkt wird, wünschenswert, daß Angestellte und Beamte, die infolge der Schließung der Gemeindekrankenversicherungen ihre Stellung verlieren, von Versicherungsträgern und -behörden bei Anstellung ihrer Beamten tunlichst berück-

Digitized by Google

sichtigt werden. Vgl. auch Art. 10, 32 Einf.Ges.[1]).

IV. Abwicklungsverfahren.

Die Abwicklung der Geschäfte erfolgt, wie schon erwähnt, durch die Gemeinde bzw. durch ihre statutenmäßig berufenen Organe. Diese sind den Mitgliedern und der Aufsichtsbehörde für den ordnungsmäßigen Verlauf der Abwicklung verantwortlich (§§ 23, 31 RVO., Begr. z. RVO. S. 194).

Bis zu dem Zeitpunkte der Schließung erleidet die regelmäßige Tätigkeit der Gemeindekrankenversicherung keine Unterbrechung. Insbesondere sind bis zu diesem Zeitpunkt die satzungsmäßigen Leistungen an die Mitglieder zu gewähren. Daneben ist die Schließung vorzubereiten. Die bekannten Verbindlichkeiten sind zu begleichen, die bekannten Forderungen einzuziehen. Der Abschluß der Bücher und Listen ist vorzubereiten. Es ist ferner zweckmäßig, schon vor der Schließung das in § 301 Abs. 2 RVO. vorgeschriebene Aufgebot zu erlassen, als dessen Ausschlußtermin in sinngemäßer Anwendung des § 301 der 31. März 1914 zu gelten hat. Es ist hiernach eine öffentliche Bekanntmachung zu erlassen, in der sämtliche Gläubiger aufgefordert werden, ihre auf die Gemeindekrankenversicherung bezüglichen Forderungen spätestens bis zum Ablauf des 31. März 1914 anzumelden, mit dem Hinweis, daß die Befriedigung der später angemeldeten Forderungen verweigert werden würde. Die bekannten Gläubiger sind unter demselben Hinweis zur Anmeldung ihrer Forderungen besonders aufzufordern.

Mit Ablauf des 31. Dezember 1913 findet die Schließung der Gemeindekrankenversicherung statt. Die rechtliche Bedeutung der Schließung liegt nicht darin, daß die Kasse als Rechtssubjekt aufhört zu bestehen, denn die Gemeindekrankenversicherung war nicht Träger der Versicherung und besaß keine Rechtsfähigkeit. Infolgedessen kann die Gemeindekrankenversicherung auch nicht in entsprechender Anwendung des § 301 Abs. 1 S. 2 RVO. bis zur endgültigen Abwicklung der Geschäfte insoweit als fortbestehend gelten, als der Zweck der Abwicklung es erfordert (abweichend Appelius-Düttmann Bd. 1 S. 20, Stempel Sp. 162). Die rechtliche Wirkung der Schließung ist vielmehr die, daß die Gemeindekrankenversicherung als Gemeindeeinrichtung, d. h. als Zweig der Gemeindeverwaltung zu existieren aufhört. Das schließt nicht aus, daß auch nach dem 31. Dezember 1913 die Gemeinde die noch schwebenden, auf die Gemeindekrankenversicherung bezüglichen Geschäfte erledigt. Der Bestimmung des § 301 Abs. 1 S. 2 RVO. bedarf es daher für die Gemeindekrankenversicherung nicht.

Von der Schließung der Gemeindekrankenversicherung an hat die Gemeinde an diejenigen Mitglieder, die zu anderen Krankenkassen übergehen, keinerlei in der Krankenversicherung begründete Leistungen mehr zu gewähren, soweit es sich nicht um nachträgliche Leistung früher entstandener Unterstützungsansprüche handelt. Nur solche Kassenangehörige, deren Zugehörigkeit zur Gemeindekrankenversicherung mit dem 31. Dezember 1913 aufhört, ohne daß sie die Mitgliedschaft bei einer anderen Kasse erwerben, erhalten auch nach der Schließung der Kasse die ihnen gesetzlich noch zustehende Krankenunterstützung (Hoffmann S. 356, Hahn, Handb. der Krankenvers. S 408; teilweise abweichend Begr. z. RVO. S. 194, vgl. unten V). Die hiernach bestehende Verpflichtung der Gemeinde, noch nach der Schließung der Gemeindekrankenversicherung Krankenunterstützung zu gewähren, wird durch das Aufgebotsverfahren gemäß § 301 RVO. nicht berührt.

Die bei der Schließung der Gemeindekrankenversicherung noch schwebenden Rechtsgeschäfte sind abzuwickeln. Soweit es zur Abwicklung erforderlich ist, ist die Gemeinde auch berechtigt,

[1]) Anmerkung der Redaktion: Der Komm.Ber. z. Einf.Ges. bemerkt allerdings, daß die für die Gemeindekrankenversicherung tätigen Angestellten und Beamten der Gemeinde verbleiben (S. 28), aber es geht doch nicht an, die im Art. 14 ausdrücklich verordnete entsprechende Anwendung der §§ 302, 305 völlig auszuschalten. Wie nach Art. 14 Bestände als Eigentum der Gemeindekrankenversicherung angesehen werden, obwohl sie in Wahrheit Eigentum der Gemeinde sind, so führt die entsprechende Anwendung der §§ 302, 305 dazu, die mit der Bearbeitung der Gemeindekrankenversicherung betrauten Angestellten so zu behandeln, als ob sie Angestellte dieser besonderen Einrichtung wären. Weil sie in Wahrheit Angestellte der Gemeinde sind, kann diese sie freilich behalten und anderweitig verwenden; aber sie kann auch von § 302 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 32 Einf.Ges. Gebrauch machen und dadurch die Lösung des Anstellungsverhältnisses herbeiführen oder, sofern es sich um Beamte handelt, sie auf § 305 mit § 290 verweisen. Wir halten daher unsere Auskünfte nicht für widerlegt.

Digitized by Google

neue Rechtsgeschäfte einzugehen (entspr. § 49 BGB.). Schwebende Rechtsstreit- und Verwaltungsverfahren sind zu Ende zu führen, soweit nicht die Aktiv- oder Passivlegitimation oder das Feststellungsinteresse verloren gegangen ist.

Ergibt sich nach Abwicklung sämtlicher Geschäfte, daß die Bestände der Gemeindekrankenversicherung nicht zur Begleichung sämtlicher Verbindlichkeiten ausreichen, so hat die Gemeinde als Versicherungsträger den Fehlbetrag zu decken.

Verbleibt nach Abwicklung sämtlicher Geschäfte ein Vermögensüberschuß, so müßte dieser an und für sich an den Versicherungsträger als Eigentümer, also an die Gemeinde fallen. Da aber ein solcher Ueberschuß „eigentlich zuviel erhobene Beiträge darstellt" (Begr. z. Einf.G. S. 26), so wollte man ihn den Versicherten nicht entziehen. Es wurde daher in Art. 14 Abs. 1 Satz 3 Einf.G. bestimmt, daß Bestände „wie Eigentum der Gemeindekrankenversicherung behandelt" werden. Aus diesen Ueberschüssen sind zunächst der Gemeinde die Vorschüsse zurückzuerstatten, welche sie auf Grund des § 9 Abs. 4 KVG. der Gemeindekrankenversicherungskasse geleistet hat. Ein weiterer hiernach noch verbleibender Vermögensbestand wird dem Versicherungsamt ausgeliefert. Dieses weist ihn nach Art. 14 Einf.G. in Verb. mit § 303 RVO. den Krankenkassen unter Berücksichtigung des Mitgliederüberganges zu Eigentum zu. Bei dieser Ueberweisung hat das Versicherungsamt zum Anhalt zu nehmen, „an welche Kassen die früheren Mitglieder seinerzeit übergegangen sind" (Begr. z. RVO. S. 194).

Die Durchführung dieser Vorschrift wird den Versicherungsämtern ziemliche Schwierigkeiten machen. Soweit versicherungspflichtige Angehörige der Gemeindekrankenversicherung in Betracht kommen, wird die Ueberweisung des auf sie entfallenden Vermögensbetrags allerdings verhältnismäßig einfach sein, da das Versicherungsamt sie selbst an andere Krankenkassen überweist und also weiß, welchen Kassen ein Vermögensbetrag zuzuweisen ist. Da die versicherungsberechtigten Angehörigen der Gemeindekrankenversicherung aber nicht vom Versicherungsamt an andere Kassen überwiesen werden, sondern selbst die Fortsetzung der Mitgliedschaft betätigen (s. unten V), kennt das Versicherungsamt die in Betracht kommenden Kassen nicht. Es wird sie erst durch Umfrage ermitteln müssen. Als Zeitpunkt der Vermögensüberweisung wird das Versicherungsamt mit Rücksicht auf die versicherungsberechtigten Mitglieder nicht schon den 1. Januar 1914 annehmen können, sondern unter Beachtung des § 314 RVO. (vgl. unten V) den spätesten Zeitpunkt des zweiten Zahltags nach dem 1. Januar 1914.

Gegen die Verteilung der Vermögensbestände durch das Versicherungsamt ist die Beschwerde an das Oberversicherungsamt zulässig, das als Beschlußkammer endgültig entscheidet (§ 303 Abs. 3 RVO.). Beschwerdeberechtigt sind die Vorstände der neuen Kassen, sowie die Gemeinde, die die Mitglieder der Gemeindekrankenversicherung vertritt (Hahn S. 410, Begr. z. RVO. S. 194).

Ist das Vermögen, das vom Versicherungsamt einer Kasse zu überweisen ist, groß genug — worüber das Versicherungsamt zu befinden hat —, so kann das Versicherungsamt im Benehmen mit der Gemeinde daraus ein Sondervermögen bilden. Von diesem Sondervermögen ist sämtlichen Versicherten, die „in einer Gemeinde mit solchen Sondervermögen" beschäftigt werden, ein Zuschlag zum Sterbegeld zu gewähren. Dieser Zuschlag darf den gesetzlich höchstzulässigen Betrag des Sterbegelds nicht übersteigen. Vgl. Art. 14 Abs. 1 S. 4 Einf.G. und Berthold in Arb.Versorgg. 1913 S. 269.

Die Absicht des Gesetzgebers bei Erlaß dieser Bestimmung ging darauf hinaus, den übergehenden Mitgliedern die schon geleisteten Beiträge wieder zukommen zu lassen und dadurch insbesondere zu verhindern, daß neu gegründete Kassen ohne Vermögen die überwiesenen Bestände der Gesamtheit der Versicherten nutzbar machen (Komm.Ber. z. Einf.G. S. 12). Diese Absicht wurde allerdings dadurch teilweise wieder durchkreuzt, daß „im Interesse der leichteren praktischen Durchführung der Vorschrift" (Komm.Ber. z. Einf.G. S. 14) bestimmt wurde, der Zuschlag zum Sterbegelde solle nicht nur den bei der früheren Gemeindekrankenversicherung versicherten Personen zukommen, sondern allen Versicherten, die in einer Gemeinde mit solchen Sondervermögen beschäftigt sind. Die Annahme Hoffmanns (S. 675/6), daß solche Sondervermögen nur

Digitized by Google

bei Landkrankenkassen gebildet werden könnten, scheint im Gesetz nicht begründet zu sein. Man ging zwar bei Abfassung des Art. 14 Abs. 1 S. 4 Einf.G. von den Verhältnissen der Landkrankenkassen aus, brachte jedoch diese Einschränkung im Gesetz nicht zum Ausdruck.

Die Kasse, der vom Versicherungsamt Vermögensbestände zugewiesen werden, hat diese bestimmungsgemäß zu verwalten. Falls dies nach den bestehenden Satzungen der Kasse nicht möglich ist, ist die Kasse verpflichtet, ihre Satzungen zu ändern. Leistet sie dieser Verpflichtung keine Folge, so wird die Aenderung vom Oberversicherungsamt angeordnet, und nötigenfalls auch vollzogen (Art. 14 Einf.G. §§ 300, 288 Abs. 2, 326 Abs. 3 RVO.).

Die Akten, Bücher, Listen sowie die gesamten Gerätschaften der Gemeindekrankenversicherung fallen nicht unter den Begriff der „Bestände" im Sinne des Art. 14 Einf.G. Sie bleiben im Eigentum der Gemeinde. Die Versicherungsbehörden sind berechtigt, die Vorlage der Bücher, Akten und Listen zu verlangen und diese an sich zu nehmen (teilweise übereinstimmend Hahn S. 410).

V. Ueberweisung der Kassenmitglieder.

Mit dem Tage der Schließung der Gemeindekrankenversicherungen hört das Versicherungsverhältnis der versicherten Personen auf. Es mußte daher Sorge getrage werden, daß die Versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder in anderen nach den Bestimmungen der RVO. errichtete oder zugelassene Krankenkassen überführt werden. Diese Ueberführung mußte so erfolgen, daß die Mitglieder infolge des Kassenwechsels in ihren Rechten nicht beeinträchtigt werden.

Bezüglich des Uebergangs der Mitglieder ist durch Art. 14 Einf.G. der § 300 RVO. für entsprechend anwendbar erklärt worden. Hiernach hat das Versicherungsamt die versicherungspflichtigen Personen der Gemeindekrankenversicherung nach Anhörung der Gemeinde den zuständigen Krankenkassen zuzuweisen. Diese Ueberweisung hat nicht nur, wie Hoffmann (S. 354 und Monatsschr. f. Arb. u. Ang.Vers. 1913 Sp. 16) annimmt, dann stattzufinden, wenn ohne die Ueberweisung die Begründung der Mitgliedschaft bei einer anderen Kasse nicht möglich ist; unter dieser Voraussetzung wäre eine Zuweisung der Mitglieder bei Schließung der Gemeindekrankenversicherung wohl überhaupt nicht nötig. Die Zuweisung hat vielmehr immer zu erfolgen, da sie den Zweck hat, Streitigkeiten der Krankenkassen nach § 258 RVO. zu vermeiden (Begr. z. RVO. S. 193, Hahn S. 406). Das Versicherungsamt hat hiernach sämtliche versicherungspflichtigen Angehörigen der Gemeindekrankenversicherung zu überweisen, die sich in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis befinden, und zwar ohne Rücksicht darauf, ob sie Unterstützung erhalten oder nicht, ob sie arbeitsfähig sind oder nicht. Nicht zu überweisen sind nur diejenigen Angehörigen der Gemeindekrankenversicherung, die Leistungen aus der Gemeindekrankenversicherung beziehen und deren versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis nicht mehr besteht (Hahn S. 408, ebenso scheinbar Hoffmann S. 356, abweichend Begr. z. RVO. S. 194). Ferner sind diejenigen versicherungspflichtigen Personen nicht zu überweisen, deren Mitgliedschaft bei der Gemeindekrankenversicherung infolge eines Wechsels der versicherungspflichtigen Beschäftigung sowieso am 31. Dezember 1913 aufgehört hätte.

Die versicherungsberechtigten Angehörigen der Gemeindekrankenversicherung werden vom Versicherungsamt nicht überwiesen. Sie haben vielmehr das „Recht auf Mitgliedschaft" bei der entsprechenden Kasse, d. h. bei derjenigen Kasse, der sie beizutreten berechtigt gewesen wären, wenn die Gemeindekrankenversicherung nicht bestanden hätte. Bei der neuen Kasse setzen die übergehenden versicherungsberechtigten Mitglieder ihr Versicherungsverhältnis „unmittelbar" fort. Eine Anmeldung nach § 310 RVO. braucht daher nicht stattzufinden. Die Geltendmachung der nach den §§ 176 Abs. 3, 310 Abs. 2, 3 RVO. der Kasse zustehenden Rechte ist ausgeschlossen (Hoffmann S. 355). Es genügt, wenn die versicherungsberechtigten Angehörigen mit dem Willen, das Versicherungsverhältnis aufrecht zu erhalten, die Beitragsleistung bei der neuen Kasse so zeitig fortsetzen, daß nicht zwei Zahltage verstreichen (§ 314 RVO., Hahn S. 388/9, Arb.-Versorgg. 1913 S. 429).

Die Wirkung der „unmittelbaren" Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses bei der neuen Kasse ist die, daß die übergegangenen Mitglieder dieselbe rechtliche Stellung haben,

Digitized by Google

wie wenn sie während der ganzen Dauer des Versicherungsverhältnisses bei der neuen Kasse versichert gewesen wären. Insbesondere wird also die Wartezeit, die bei der Gemeindekrankenversicherung zurückgelegt ist, in Anrechnung gebracht. Soweit das Versicherungsverhältnis unmittelbar fortgesetzt wird, wird die neue Kasse Rechtsnachfolgerin der Gemeindekrankenversicherung bzw. der Gemeinde.

Wenn die neue Kasse die Mitglieder der Gemeindekrankenversicherung auf Grund der bestehenden Satzung nicht aufnehmen kann, z. B. weil ihr Mitgliederkreis zu eng ist, so ist sie zu einer entsprechenden Satzungsänderung verpflichtet. Nimmt sie diese nicht vor, so wird sie vom Oberversicherungsamt angeordnet und erforderlichenfalls auch vollzogen (Art. 14 Einf.Ges. §§ 300, 288 Abs. 2, 326 Abs. 3 RVO.).

Gegen den Beschluß des Versicherungsamtes über die Zuweisung von Mitgliedern an Krankenkassen ist die Beschwerde an das Oberversicherungsamt gegeben, das als Beschlußkammer endgültig entscheidet. Ueber die Personen, welche die Beschwerde zu erheben berechtigt sind, gilt dasselbe wie bei der Beschwerde über die Vermögenszuweisung durch das Versicherungsamt, s. oben IV (Begr. z. RVO. S. 193, Hahn S. 406/7).

Prüfung der Gleichwertigkeit der Kassenleistungen in der Uebergangszeit[1].

Von Amtsgerichtsrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

I. Eine der gesetzlichen Voraussetzungen für die Zulassung bestehender Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen ist nach §§ 240, 255, 256 RVO., daß ihre satzungsmäßigen Leistungen denen der maßgebenden Ortskrankenkasse (bei landwirtschaftlichen Betriebskrankenkassen denen der Landkrankenkasse, § 261) gleichwertig sind oder binnen sechs Monaten gleichwertig gemacht werden. Hierzu bemerkt der preußische Ministerial-Erlaß vom 4. November 1912 (HMBl. S. 539) unter III 2d: „Die Leistungen der maßgebenden allgemeinen Ortskrankenkasse werden erst durch ihre Satzung bestimmt. Die Versicherungsbehörden haben daher, wenn die Leistungen der allgemeinen Ortskrankenkasse zur Zeit der Genehmigung der Satzung der bestehenden Ortskrankenkasse noch nicht feststehen, die sechsmonatige Frist zur gleichwertigen Ausgestaltung der Leistungen erst dann in Lauf zu setzen, wenn die allgemeine Ortskrankenkasse errichtet ist."

Ersichtlich geht also der Erlaß davon aus, daß die Frist von sechs Monaten schon vor dem Geltungsbeginn des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung, das ist vor dem 1. Januar 1914, in Lauf gesetzt werden könne. Dies ist mit dem Gesetze nicht vereinbar. Allerdings handelt es sich bei der Zulassung von Sonderkassen und folglich auch bei der dadurch bedingten Aenderung, Prüfung und Genehmigung ihrer Satzungen um Maßnahmen zur Durchführung der Reichsversicherungsordnung. Deshalb gelten nach Art. 1 Einf.Ges. z. RVO. insoweit schon jetzt die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, insbesondere auch die Vorschriften über Gleichwertigkeit der Leistungen. Aber eben diese Vorschriften in §§ 259 bis 263 ergeben, daß jene Frist nicht vor dem 1. Januar 1914 beginnen kann. Denn bis dahin gibt es noch keine „maßgebende" Kasse im Sinne der §§ 260, 261, da die allgemeinen Ortskrankenkassen und die Landkrankenkassen, mögen auch ihre Satzungen schon vorher errichtet und genehmigt sein, nicht vor dem 1. Januar 1914 ins Leben treten. Auch da, wo eine bereits bestehende Kasse zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet wird (Art. 15 Einf.Ges.), wird sie in dieser Form als „maßgebende Kasse" erst mit dem 1. Januar 1914 wirksam. Von „Leistungen" der maßgebenden Kasse, denen die Sonderkassen sich anpassen müssen, kann hiernach für eine frühere Zeit nicht die

[1] Mit freundlicher Ermächtigung der Schriftleitung der „Betriebskrankenkasse" aus Nr. 12 dieser Zeitschrift hier mitgeteilt.

Digitized by Google

Rede sein. Daß es nicht auf den Zeitpunkt der satzungsmäßigen Feststellung der Leistungen, sondern auf ihre Geltung ankommt, erhellt auch aus § 260, wonach Leistungen der maßgebenden Kasse, die noch kein volles Jahr „gelten", bei der Prüfung der Gleichwertigkeit unberücksichtigt bleiben.

Die hier vertretene Auffassung wird bestätigt durch einen Vorgang bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung in der Kommission. Der Staatssekretär des Innern erwiderte auf die Frage, von welchem Zeitpunkte ab die sechsmonatige Frist laufe:

„daß diese Frist nicht vom Inkrafttreten des Gesetzes, sondern für jede Kasse erst von dem Zeitpunkte ab laufe, wo ihr nach § 276 Abs. 1 (des Entw. = § 263 Abs. 1 RVO.) mitgeteilt werde, daß die Leistungen nicht gleichwertig seien" (Komm.Ber. II S. 153).

Diese Aeußerung, gegen die von keiner Seite Widerspruch oder ein Bedenken erhoben wurde, läßt klar erkennen, daß man für den Fristbeginn nur den Tag des Inkrafttretens des Gesetzes oder einen späteren Zeitpunkt, nämlich („erst") den der Mitteilung aus § 263, in Betracht gezogen hat. Ein früherer Fristbeginn ist eben nach dem oben dargelegten Zusammenhange der Vorschriften ausgeschlossen.

Nicht ausgeschlossen wird hierdurch, daß das Versicherungsamt schon vor dem 1. Januar 1914, sobald die Leistungen, welche die maßgebende Kasse gewähren wird, satzungsmäßig feststehen, die Gleichwertigkeit der Leistungen der zuzulassenden Kasse auf Grund des vorgelegten Satzungsentwurfs prüft und darüber entscheidet; aber eine abschließende Bedeutung kann diese Entscheidung nur haben, wenn sie anerkennend ausfällt. Fällt sie verneinend aus, so wird sie zugleich ersichtlich machen müssen, inwiefern die Leistungen der zuzulassenden Kasse zurückstehen und was sie etwa noch bieten muß, um als gleichwertig anerkannt zu werden; denn es ist zu beachten, daß die Mehrleistungen nicht gleichartig, sondern eben nur gleichwertig zu sein brauchen und daß die Gleichwertigkeit verschiedenartiger Leistungen sich einer zweifelsfreien Feststellung entzieht und vom Versicherungsamte nur nach einer ungefähren, billigen Schätzung angenommen oder verneint werden kann (vgl. Begr. S. 180 zu § 272 Entw.). Fehlt es in dem verneinenden Bescheide an Hinweisen auf die geeignete Art der Ausgleichung, so wird im Wege der Verhandlung mit dem Versicherungsamt nähere Auskunft zu erlangen sein (§ 37 Abs. 1). Zur Ergänzung der Satzung im Sinne des Bescheides hat die Kasse kraft Gesetzes, also ohne daß es eines besonderen Ausspruchs hierüber bedarf, jene sechsmonatige Frist vom 1. Januar 1914 oder, wenn die Mitteilung erst später erfolgt, von dieser Mitteilung an. Daraus folgt, daß lediglich wegen Mangels gleichwertiger Leistungen die Zulassung überhaupt nicht versagt, sondern daß nur nach fruchtlosem Ablauf der Frist die Schließung der zugelassenen Kasse nach §§ 269 Abs. 2 Ziff. 1, 274 Ziff. 3, 279 Ziff. 2 angeordnet werden kann.

Indessen ist hier doch eine gewisse Einschränkung hinzuzufügen. Die Zulassung einer Kasse setzt u. a. auch voraus, daß „ihre Leistungsfähigkeit für die Dauer sicher ist" (§§ 240 Ziff. 4, 255 Abs. 1 Ziff. 3, 256), d. h. es muß die Fähigkeit zu gleichwertigen Leistungen im erörterten Sinne für die absehbare Zukunft gesichert erscheinen (vgl. Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, Anm. 5 zu § 240 S. 336 und Meyer in Arb.-Versorgg. 1913 S. 56). Hierbei handelt es sich nicht um die vom Versicherungsamt und auf Beschwerde endgültig vom Oberversicherungsamt nach § 263 festzustellende Gleichwertigkeit bestimmter Leistungen zu bestimmter Zeit, sondern um eine nach Art. 20 Einf.Ges. vom Versicherungsamt nur zu begutachtende, im übrigen aber vom Oberversicherungsamt und, auf Beschwerde, von der obersten Verwaltungsbehörde zu prüfende Voraussetzung, nämlich um die voraussichtliche allgemeine Fähigkeit der Sonderkasse, mit den Leistungen der maßgebenden Kasse auf die Dauer Schritt zu halten. Es wäre an sich denkbar, daß das Oberversicherungsamt diese allgemeine Fähigkeit verneint und folglich die Zulassung versagt, ehe noch das Versicherungsamt sich nach § 263 über die Gleichwertigkeit ausgesprochen oder gar obwohl es die Gleichwertigkeit der in der Satzung vorgesehenen Leistungen anerkannt hat. Aber so würde man doch nur in den alleräußersten Fällen, in denen ein besonders krasses Mißverhältnis

Digitized by Google

der Leistungsfähigkeit klar zutage liegt, urteilen können — wenn man nicht Willkür an die Stelle pflichtmäßiger Würdigung der gesamten (gegenwärtigen und künftigen, also noch ganz ungewissen) Verhältnisse setzen will.

II. Einer besonderen Erörterung bedarf der schon erwähnte § 260. Danach werden bei der Prüfung der Gleichwertigkeit nicht berücksichtigt:

1. Leistungen der maßgebenden Kassen, die noch kein volles Jahr bestehen;
2. Mehrleistungen, die nur auf Kosten der Rücklage oder durch Erhöhung der Beiträge über $4\,^1/_2$ v. H. des Grundlohns hinaus ermöglicht werden.

Die Vorschrift bezweckt besonders, einer künstlichen, unwirtschaftlichen Steigerung der Leistungen entgegenzuwirken, die nur darauf abzielt, die Schließung anderer Kassen, die nicht folgen können oder wollen, herbeizuführen. Hierzu ist zu bemerken:

Zu Punkt 1: Wenn die maßgebende Kasse eine neu errichtete ist und erst mit dem 1. Januar 1914 ins Leben tritt, so kann von Leistungen, die bereits vorher gegolten haben, nicht die Rede sein. Ihre gesamten Leistungen bleiben ein volles Jahr lang unberücksichtigt, so daß die zuzulassenden Kassen zunächst nur die Regelleistungen zu gewähren brauchen, eine Prüfung der Gleichwertigkeit sich also bis zum 1. Januar 1915 überhaupt erübrigt. Tritt gleichwohl das Versicherungsamt vor diesem Zeitpunkt in eine Prüfung ein, so kann die Entscheidung (wenn nicht etwa gegen die zwingenden Vorschriften über die Regelleistungen verstoßen ist) nur im Sinne der Anerkennung der Gleichwertigkeit lauten, und dieser Ausspruch würde für einen Zeitraum von vier Jahren gelten (§ 262)! Deshalb ist es sachgemäßer, wenn die maßgebende Kasse eine neu errichtete ist, eine Entscheidung nicht vor dem 1. Januar 1915 zu fällen. Durch die dann ergehende Entscheidung wird den zugelassenen Kassen nur noch die Frist von sechs Monaten zur Gleichwertigmachung eröffnet. Wenn dagegen die maßgebende Kasse eine bereits bestehende, gemäß Art. 15 Einf.Ges. ausgestaltete allgemeine Ortskrankenkasse ist, so sind Mehrleistungen, die sie schon bisher seit mindestens einem Jahre gewährt und nach Inkrafttreten des neuen Rechts weiter gewähren wird, von vornherein zu berücksichtigen, und die zugelassenen Kassen haben nur die Frist von sechs Monaten, um ihre Leistungen gleichwertig zu machen. Insofern sind also die Sonderkassen gegenüber den neu errichteten Kassen in einer wesentlich günstigeren Lage als gegenüber den nach Art. 15 Einf.Ges. ausgestalteten allgemeinen Ortskrankenkassen.

Zu Punkt 2 ist in Frage gekommen, ob der Fall, daß Mehrleistungen nur „auf Kosten der Rücklage" ermöglicht werden, auch dann vorliegt, wenn zur Deckung der Leistungen auch die Beträge mit in Anspruch genommen werden müßten, die der maßgebenden Kasse aus dem Vermögen der geschlossenen oder aufgelösten Kassen nach § 303 zufallen. Die Frage ist zu bejahen. Eine neu errichtete Kasse hat allerdings zunächst noch keine Rücklage; aber die Worte „auf Kosten der Rücklage" sind sprachlich und nach dem Zwecke der Vorschrift nicht etwa nur auf eine bereits vorhandene, sondern auch auf die erst anzusammelnde Rücklage zu beziehen. Der § 364 bestimmt den Mindestbetrag der Rücklage und schreibt vor, welche Beitragsteile die Kasse zu ihrer allmählichen Ansammlung „benutzt", d. h. benutzen muß. Neben dieser besonderen Vorschrift kommt aber die allgemeine Pflicht der Kassenorgane zu getreuer Verwaltung in Betracht (§ 23), und diese Pflicht kann unter Umständen gebieten, bereite Bestände sofort der Rücklage zuzuführen. Dies trifft bei den neu errichteten Kassen zu. Sie müssen, ehe sie noch irgendwelche Einnahmen haben, erhebliche Kosten — Bureaumiete, Gehälter, Schreibwerk usw. — aufwenden, um sich einzurichten und sich für ihre Aufgaben vorzubereiten und bereit zu halten, und sie werden in der Regel noch geraume Zeit weiterhin außerstande sein, die Ausgaben aus den laufenden Einnahmen (Beiträgen) zu bestreiten. Dazu kommt die Unsicherheit der rechnerischen Grundlagen, die Unerprobtheit des zunächst doch nur schätzungsweise angenommenen Gleichgewichts zwischen Einnahmen und Ausgaben, sowie die Möglichkeit eines außerhalb jeder Berechnung liegenden außerordentlichen Bedarfs, z. B. bei Seuchen, Veruntreuungen, Brandschäden usw. Hierauf beruht Art. 16 Einf.Ges., wonach der Gemeindeverband die erforderlichen Vorschüsse zu leisten hat, wenn in den ersten drei Jahren nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bei einer neu

Digitized by Google

errichteten Orts- oder Landkrankenkasse die Bestände nicht ausreichen, um die fällig werdenden Ausgaben zu decken. Daraus folgt, daß die Kasse, wenn ihr in den gemäß § 303 überwiesenen Vermögensresten aufgelöster und geschlossener Kassen ausreichende Bestände zur Deckung solchen außerordentlichen, gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfs zur Verfügung stehen, nicht Vorschüsse der Gemeinde in Anspruch nehmen darf, sondern einen hinreichenden Betrag einzubehalten und sicherzustellen, mit anderen Worten: der Rücklage zuzuführen hat, und zwar mindestens bis zum Betrage der schätzungsweise zu veranschlagenden Jahresausgabe, solange von einem „Durchschnitt der letzten drei Jahre" (§ 364) noch nicht die Rede sein kann. Führt die Kasse Mehrleistungen ein, zu deren Deckung die laufenden Einnahmen — bei Beiträgen von höchstens $4^1/_2$ v. H. — voraussichtlich nicht ausreichen, sondern auf jenen Betrag zurückzugreifen sein würde, so wirtschaftet sie auf Kosten der gebotenen Rücklage, was zur Folge hat, daß die Mehrleistungen bei Prüfung der Gleichwertigkeit unberücksichtigt bleiben.

Bei einer nach Art. 15 Einf.Ges. fortbestehenden, ausgestalteten allgemeinen Ortskrankenkasse wird entsprechend zu urteilen sein. Auf Vorschüsse nach Art. 16 hat sie keinen Anspruch, weil sie nicht „neu errichtet" ist. Es kann angenommen werden, daß sie nicht zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet worden wäre, wenn sie nicht eine nach ihren bisherigen Verhältnissen hinreichende Rücklage hätte. Aber das genügt nicht. Es ist mit dem gesteigerten Bedarf zu rechnen, den die Kasse infolge des Zuwachses an Mitgliedern haben wird, sowohl solchen, die erst durch die Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtig werden, als auch solchen, die infolge der Auflösung und Schließung von Kassen hinzukommen. Diesem gesteigerten Bedarf entsprechend wird eine gewissenhafte Verwaltung die Rücklage verhältnismäßig erhöhen müssen, wenn ihr bereite Mittel hierzu in den überwiesenen Vermögensresten der aufgelösten und geschlossenen Kassen zur Verfügung stehen. Läßt sie dies außer acht, und führt sie Mehrleistungen ein, die nur durch Mitverwendung jener Mittel gedeckt erscheinen, so geschieht dies gleichfalls nur „auf Kosten der Rücklage" im Sinne des § 260.

Anmerkung der Redaktion: Herr Dr. Halbach in Essen weist in einer Zuschrift an uns darauf hin, daß mit den vorstehenden Ausführungen, denen er sich anschließt und zu deren Unterstützung er noch auf unsere Auskunft in Nr. 18 S. 429 Ziff. 6d Bezug nimmt, die Beurteilung der Frage durch Dr. Treutlein in Nr. 18 S. 415 in Widerspruch steht, insofern dieser annehme, daß schon jetzt im Zulassungsverfahren die Gleichwertigkeit der Leistungen jedenfalls geprüft werden müsse. Durch diese Darlegung Treutleins müsse die große Verwirrung, die bei den Beteiligten schon ohnehin in dieser Frage bestehe, noch vermehrt werden.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Wahlen zu neuerrichteten oder ausgestalteten Ortskrankenkassen.

Bekanntmachung des **Reichskanzlers** vom 11. Juli 1913 (RGBl. S. 577).

Auf Grund des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. hat der Bundesrat folgendes bestimmt:

I.

1. Bei neuerrichteten allgemeinen Ortskrankenkassen stellt für die ersten Wahlen der Vertreter im Ausschuß das Versicherungsamt Wählerlisten, getrennt für die Arbeitgeber und die Versicherten, auch dann auf, wenn die Wahlordnung die Aufstellung solcher Listen nicht vorsieht. In der Wählerliste für die Arbeitgeber ist auch die Zahl der den einzelnen Wahlberechtigten nach der Satzung zukommenden Stimmen zu vermerken.

2. Das Versicherungsamt fordert die Wahlberechtigten durch öffentliche Bekanntmachung auf, sich zur Eintragung in diese Wählerlisten zu melden. Eine besondere Benachrichtigung der einzelnen Wähler findet nicht statt, auch wenn die Wahlordnung sie vorschreibt.

3. Soweit sich Wahlberechtigte nicht rechtzeitig gemeldet haben, kann die Wahl nicht aus dem Grunde angefochten werden, daß diese Personen nicht in die Wählerliste aufgenommen sind.

4. Die oberste Verwaltungsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde kann das Nähere bestimmen. Sie kann insbesondere bestimmen, wieweit Wahlberechtigte, die nicht in die Wählerlisten eingetragen sind, gleichwohl bei gehörigem Ausweis über ihre Wahlberechtigung zur Wahl zuzulassen sind, und wie dieser Ausweis erbracht werden kann.

5. Die vorstehenden Anordnungen gelten auch für die durch die Reichsversicherung neu in die Krankenversicherung einbezogenen Mitglieder der nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. ausgestalteten allgemeinen Ortskrankenkassen und für die Arbeitgeber dieser Mitglieder. Die oberste Verwaltungsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde kann Abweichungen anordnen oder zulassen.

II.

1. Soweit bei neuerrichteten allgemeinen Ortskrankenkassen die Vertreter im Ausschuß oder die Mitglieder oder der Vorsitzende des Vorstandes am 1. Oktober 1913 noch nicht gewählt sind, nimmt das Versicherungsamt ihre Geschäfte selbst oder durch Beauftragte bis zum Zustandekommen der Wahl wahr.

2. Verträge, die das Versicherungsamt oder seine Beauftragten für diese Kassen mit deren Angestellten sowie mit Aerzten, Zahnärzten und -technikern, Krankenhäusern, Apotheken und dergleichen abschließen, kann der gewählte Kassenvorstand, sofern der Vertrag keinen früheren Termin vorsieht, mit dreimonatiger Frist zum 1. Oktober 1914 kündigen. Ein späterer Kündigungstermin soll nur im Notfall vereinbart werden; seine Vereinbarung bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts.

3. Bei Streit zwischen den Kassenorganen und dem Versicherungsamt oder seinen Beauftragten über diese Geschäftsführung entscheidet das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) endgültig.

4. Die oberste Verwaltungsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde kann das Nähere bestimmen.

III.

1. Alle aus der Durchführung der vorstehenden Bestimmungen entstehenden Kosten trägt die Krankenkasse.

2. Bei Streit setzt das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) die Kosten endgültig fest.

Einschreiten Dritter im Namen oder im Auftrag des Armenverbandes kann als Armenpflege im Sinne des § 57 KVG. gelten.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats vom 6. März 1913.

Der Vorderrichter hat den von dem Kläger gemachten Aufwendungen den Charakter einer armenrechtlichen Unterstützung um deswillen abgesprochen, weil weder der Gendarm W., noch der Armenarzt Dr. Sch. berechtigt gewesen seien, den Armenverband zu vertreten, und weil dieser erst nachträglich, also als eine Hilfsbedürftigkeit überhaupt nicht mehr vorlag, die streitigen Kosten übernommen habe. Dies ist rechtsirrtümlich. Schon in der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts Bd. 42 S. 312, 314 ist ausgeführt, daß in der nachträglichen Uebernahme der Kosten der durch einen Dritten bewirkten Leistungen seitens des Armenverbandes die Gewährung einer armenrechtlichen Unterstützung dann liege, wenn der Dritte die Leistungen im Namen oder im Auftrage des Armenverbandes bewirkt habe. Hiernach kommt es nicht allein darauf an, ob diejenigen Personen,

Digitized by Google

die die Unterstützung des G. veranlaßten, zur Zeit als dies geschah, zur Vertretung des Armenverbandes berechtigt waren oder in dessen Auftrage handelten. Es genügt, wenn der Dritte wegen der Dringlichkeit des Falles ein sofortiges Einschreiten des Armenverbandes für notwendig hielt, wenn er dieses namens des Armenverbandes veranlassen wollte und wenn er sich nach Lage der Sache für berechtigt halten konnte, die nachträgliche Genehmigung des Armenverbandes vorauszusetzen. Eine in seinem Namen vorgenommene armenrechtliche Unterstützung, für die der Armenverband Erstattungsansprüche aus § 57 KVG. geltend machen kann, liegt jedenfalls dann vor, wenn der Armenverband die für ihn vorgenommene Geschäftsführung, insbesondere auch durch Erstattung der Kosten, genehmigt hat (vgl. Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. 30 S. 358). Da der Vorderrichter in Verkennung der Rechtslage es unterlassen hat, nach dieser Richtung hin eine Prüfung eintreten zu lassen, unterliegt seine Entscheidung der Aufhebung.

Haftbar für unterlassene Anmeldung ist auch bei Handelsgesellschaften nicht die Firma, sondern der Arbeitgeber als solcher.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs**, 3. Senat, vom 13. Januar 1913.

Die beiden Vorinstanzen haben die Firma zum Ersatz der für A. Pf. von der Ortskrankenkasse gemachten Aufwendungen für verpflichtet erklärt; die kgl. Regierung insbesondere hat in ausführlichen Darlegungen den Standpunkt vertreten, daß die rechtliche Möglichkeit bestanden habe, im vorliegenden Falle die Firma W. O. K. zu verurteilen, und daß die Frage, gegen welche Person das gegen die Firma erwirkte Urteil sich richtet, ob gegen den jetzigen oder irgend einen früheren Inhaber der Firma, hier, nachdem die Firma als solche als Beklagte zu behandeln sei, nicht zu prüfen sei.

In dieser Richtung ist darauf hinzuweisen, daß der kgl. Verwaltungsgerichtshof bereits in der Entscheidung vom 8. Juli 1905 (Reger Erg.Bd. 3 S. 544) sich dahin ausgesprochen hat, daß die in § 49 KVG. festgesetzte Pflicht zur An- und Abmeldung eine persönliche Verpflichtung ist, welche, wie der Wortlaut des § 49 besagt, lediglich „dem Arbeitgeber" bezüglich „jeder von ihm beschäftigten versicherungspflichtigen Person" obliegt. Hieran muß auch für den vorliegenden Fall festgehalten werden. Wenn in anderen Fällen, wie z. B. in der von der Vorinstanz angezogenen Entscheidungen vom 12. Oktober 1908 Nr. 82 III/08, die Bezeichnung der Firma als Arbeitgeber seitens des kgl. Verwaltungsgerichtshofs nicht beanstandet worden ist, so hatte dies seinen Grund darin, daß in den treffenden Fällen über die Frage, wer als Inhaber der Firma in dem Zeitpunkte, in welchem die Anmeldung unterlassen worden ist, zu betrachten war, kein Zweifel bestand.

In dem vorliegenden Falle bestehen solche Zweifel, ja der Rechtsstreit ist gerade daraus entstanden, daß die Frage der Geschäftsinhaberschaft bestritten war. Es ist daher noch zu prüfen, wer zur Zeit der Beschäftigung der A. Pf. Inhaber der Firma W. O. K. mit dem Zweiggeschäfte in Hs. Nr. 1 an der Z.straße in M. gewesen ist. . . .

Begriff des Krankenhauses.

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 27. Dezember 1912.

Das von der Kasse für ihre Mitglieder eingerichtete „Erholungsheim" dient zur Aufnahme von Erholungsbedürftigen, Rekonvaleszenten, schwächlichen, leicht nervösen und schlaflosen Personen, sowie von solchen Kranken, die weder besonderer ärztlicher Behandlung noch besonderer Pflege bedürfen, sondern an dem regelmäßigen Haushalt teilnehmen können. Durch die Unterbringung im Erholungsheim soll bei solchen Mitgliedern, die die Leistungen der Kasse haben in Anspruch nehmen müssen, eine von der Wiederaufnahme der Arbeit zu erwartende Verschlimmerung ihres Gesundheitszustandes verhütet oder die nach überstandener Krankheit verbliebene Erwerbsunfähigkeit behoben werden. Eine solche Anstalt ist kein Krankenhaus im Sinne des § 7 KVG.; denn wenn sie auch von dem zur Aufsicht bestellten Arzt zur Kontrolle des Zu- und Abgangs einmal in der Woche besucht wird, so findet doch eine „Kur" und Verpflegung darin nicht statt.

Die Einweisung in das Erholungsheim begründet darum auch keinen Anspruch auf Angehörigenunterstützung.

Aufenthalt im Inlande im Sinne des § 27 KVG. (§ 813 RVO.).

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 7. Januar 1913.

Dem Beklagten, der als Pflichtmitglied aus der Kasse ausgeschieden war, seinen Wohnsitz in K. aber beibehalten hatte, konnte die Zulassung zur freiwilligen Weiterversicherung nicht versagt werden, weil er in einem benachbarten schweizer Orte in Arbeit getreten war. Denn in K., wohin er täglich nach der Arbeit von der ausländischen Betriebsstätte zurückkehrte und wo er in der häus-

Digitized by Google

lichen Gemeinschaft mit seiner Familie verweilte, hatte der Beklagte nach wie vor seinen Aufenthalt, der wohl auch zeitlich länger währte als sein Aufenthalt im Ausland bei der täglichen Arbeit. Der regelmäßige Aufenthalt im Inlande aber genügt, um dem vormaligen Pflichtkassenmitglied die Vergünstigung des § 27 KVG. zu erhalten (vgl. auch § 313 RVO.).

Keine Pflicht der Krankenkasse, die bewilligte Krankenhauspflege in einer Irrenanstalt fortzusetzen; daher beschränkter Ersatzanspruch des Armenverbandes (§ 57 KVG.).

Urteil der **Regierung des Jagstkreises** vom 16. November 1912.

Aus den Gründen:

Einen gesetzlichen Anspruch auf Unterbringung im Krankenhause hat der Versicherte nicht. Die Gewährung von Krankenhauspflege steht vielmehr nach Maßgabe des § 7 KVG.. wie von dem Vertreter der beklagten Krankenkasse zutreffend hervorgehoben worden ist, im Ermessen der Krankenkasse (vgl. Hahn, KVG., 6. Aufl. Anm. 1 e zu § 7 S. 112—113).

Die Bezirkskrankenkasse G. hat nun in der der Unterbringung der R. in den genannten Irrenanstalten unmittelbar vorangegangenen Zeit, nämlich vom 12. November bis 2. Dezember 1910 und vom 13.—28. März 1911 die Krankenhausverpflegung im städtischen Spital in G. gewährt, die Verbringung der Kranken in eine Irrenanstalt jedoch abgelehnt und für die Zeit des Aufenthalts der R. in den mehrerwähnten Irrenanstalten als Ersatz des dem Kläger — Ortsarmenverbande — erwachsenen Aufwands in Höhe von 461,61 M. das Anderthalbfache des auf diesen Zeitraum fallenden Krankengelds = 266 M. bewilligt.

Hiermit ist die Beklagte — Krankenkasse — ihrer Verpflichtung gegenüber dem Kläger in vollem Umfang nachgekommen. Denn ihre Verpflichtung zur Gewährung von Krankenhauspflege erstreckt sich nur auf das von ihr zu diesem Zweck bestimmte städtische Spital in G. Sie ist jedoch an die einmal gewählte Krankenhauspflege nicht derart gebunden, daß sie diese auch dann fortsetzen muß, wenn etwa die Belassung im gewählten Krankenhaus nicht möglich ist, und die Ueberführung des Erkrankten in eine andere Anstalt erfolgen muß. Wird der Erkrankte aus dem Krankenhause, in das er von der Krankenkasse untergebracht war, ohne deren Zutun herausgenommen, so erlischt damit deren Verpflichtung zur Fortsetzung der Krankenhauspflege. Die Ersatzpflicht der Kasse beschränkt sich auf die in §§ 6 und 57 Abs. 5 KVG. bezeichneten Leistungen (vgl. Entsch. der Königl. Preuß. Oberverwaltungsgerichte vom 17. November 1910, Arb.-Versorgg. 1911, S. 711 und die Abhandlung in den Monatsblättern für Arbeiterversicherung 1912 S. 31 ff.).

Die Unterbringung der R. in den genannten Irrenanstalten ist ohne Mitwirkung der Krankenkasse durch die Ortsarmenbehörde G. allein erfolgt.

Das Vorbringen des Klägers, daß die Unterbringung der R. in einem Krankenhaus, welche die Krankenkasse selbst veranlaßt habe, und später in der Irrenanstalt nach der Art der Erkrankung notwendig, somit sachlich gegeben gewesen sei, ist zwar zutreffend. Diese Tatsache ändert jedoch nichts an der Rechtslage, wonach die Verpflichtung zur Tragung der durch die Irrenanstaltsverpflegung dem Armenverband erwachsenen Kosten von der Mitwirkung der Krankenkasse bei der Unterbringung in diesen Anstalten abhängig ist.

Von dem Kläger ist ferner behauptet worden, daß die Kasse nach § 14 ihres Statuts verpflichtet gewesen sei, für diese Kosten aufzukommen, auch wenn die Einweisung nicht unmittelbar auf Veranlassung der Kasse, sondern durch die Ortsarmenbehörde erfolgt sei. Diese Anschauung stimme auch mit den verschiedenen Entscheidungen der Verwaltungsgerichte (vgl. Petersen, KVG. 6. Aufl. S. 166 Anm. 2 II Lit. i—m zu § 7 und das Urteil des Königl. Württ. Verwaltungsgerichtshof in Sachen des Armenverbands N. gegen die Bezirkskrankenkasse E., Zeitschrift für Arbeiterversicherung 1907 S. 6) überein.

In § 14 Abs. 1 Lit. b des Statuts der Beklagten ist allerdings bestimmt, daß für erwerbsunfähige Kassenmitglieder, welche nicht verheiratet sind oder eine eigene Haushaltung nicht haben oder nicht Mitglieder der Haushaltung ihrer Familien sind, in der Regel an Stelle der in § 13 (§ 6 KVG.) bezeichneten Leistungen, wofern nicht der Vorsitzende des Vorstands eine Ausnahme zuläßt, freie Kur und Verpflegung im Krankenhause tritt. Nach Abs. 3 erfolgt aber die Aufnahme eines Erkrankten ins Krankenhaus durch den Krankenhausverwalter auf Anweisung des Vorstands oder der örtlichen Verwaltungsstelle. Eine solche Anweisung seitens eines der beiden Kassenorgane ist aber hinsichtlich der Aufnahme der R. in die Irrenanstalten, wie schon oben erwähnt, nicht erfolgt (vgl. auch das Urteil des Königl. Württ. Verwaltungsgerichtshofs vom 9. Februar 1910, Arb.-Versorgg. 1912 S. 153).

Die bei Petersen a. a. O. unter i—l angeführten Entscheidungen sprechen sich sodann dahin aus, daß die Krankenhausbehandlung stets dann zu gewähren sei, wenn sie sachlich geboten sei, daß aber der Kranke keinen klagbaren Anspruch auf Krankenhausbehandlung habe.

Nur die unter Lit. m daselbst erwähnte Entscheidung des Königl. Bayr. Verwaltungsgerichts-

Digitized by Google

hofs vom 28. März 1904 (Zeitschrift für Arbeiterversicherung 1905 S. 102) geht in Uebereinstimmung mit der ständigen Rechtsprechung dieses Gerichtshofs davon aus, daß „in solchen Fällen, in welchen nach der Art und Schwere der Krankheit genügende ärztliche Hilfe nur durch einen Spezialarzt oder durch Verpflegung in einem Krankenhaus gewährt werden könne, die Kassen die gesetzliche Pflicht haben, ihren erkrankten Mitgliedern die erforderliche ärztliche Behandlung in dieser Form zu gewähren oder falls sie hierzu nicht in der Lage oder nicht willens sind, die durch Gewährung solcher Hilfe von dritter Seite entstandenen Kosten voll und unverkürzt zu übernehmen".

Hat aber nach der zuerst erwähnten Rechtsprechung der Versicherte keinen Rechtsanspruch auf Krankenhausbehandlung, so kann ein solcher oder der Anspruch auf Ersatz der Kosten der Krankenhausbehandlung in vollem Umfang auf den eine Krankenhausbehandlung an Stelle der Krankenkasse gewährenden Armenverband nicht übergehen.

Der vereinzelt dastehenden Rechtsprechung des Königl. Bayer. Verwaltungsgerichtshof vermag aber das Verwaltungsgericht nicht beizutreten, da sie verkennt, daß die Krankenhauspflege keineswegs nur eine besondere Art der ärztlichen Behandlung, sondern eine diese zwar einschließende, aber doch erheblich darüber hinausgehende nicht unter § 6 fallende Leistung ist (vgl. Hahn KVG. 6. Aufl. Anm. 1 e zu § 7 S. 113). Das Urteil des Königl. Württ. Verwaltungsgerichtshofs vom 9. Mai 1906, das sich auf den Anspruch des Ortsarmenverbandes N. gegen die Bezirkskrankenkasse E. wegen Ersatzes der durch Unterbringung eines geisteskranken Kassenmitglieds in einer Irrenanstalt erwachsenen Kosten bezieht, hat in seiner Begründung allerdings ausgeführt, daß die Krankenkasse durch den seinem Wortlaut nach mit § 14 des Statuts der Bezirkskrankenkasse G. übereinstimmenden § 14 ihres Kassenstatuts die nach § 7 KVG. zulässige Wahl der Gewährung der Krankenhausverpflegung an Stelle der in § 6 bezeichneten Leistungen allgemein getroffen und dadurch den Kassenmitgliedern beim Vorliegen der angegebenen Voraussetzungen ein Recht auf Krankenhauspflege eingeräumt habe.

Allein abgesehen davon, daß in der Rechtsprechung auf dem Gebiet der Krankenversicherung die Frage, ob durch Kassenstatut überhaupt ein klagbarer Rechtsanspruch auf Krankenhauspflege begründet werden kann, schon früher verneint worden ist (vgl. Entsch. des Großh. Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 7. Juli 1896, Arb.-Versorgg. 1897 S. 368), hat der Königl. Württ. Verwaltungsgerichtshof diese Rechtsauslegung in seiner späteren Rechtsprechung (vgl. das Urteil vom 9. September 1910, Arb.-Versorgg. 1912 S. 153, in welchem bei gleichem Wortlaut des § 14 des Statuts der Bezirkskrankenkasse G., das Vorliegen eines Rechtsanspruchs der Versicherten auf Gewährung von Krankenhauspflege verneint worden ist), nicht mehr aufrecht erhalten.

Von dem Kläger ist sodann unter Berufung auf Hahn, KVG., 6. Aufl. Anm. Ziff. 1 e am Schlusse zu § 7 S. 114 vorgebracht worden, daß die Versicherte schon deshalb, weil ihre Einweisung ins Krankenhaus durch die Kasse erfolgt sei, einen Anspruch darauf gehabt habe, innerhalb der Unterstützungsdauer dort weiter verpflichtet zu werden, bis sie das Krankenhaus ohne Gefahr für ihre Gesundheit habe verlassen können. Abgesehen davon aber, daß die bezeichnete Anmerkung bei Hahn, KVG., einen Fall betrifft, in dem ein von der Krankenkasse in Krankenhauspflege gebrachter Versicherter zur Zeit der Aufhebung dieser Art von Krankenunterstützung gar nicht transportfähig war, welche Voraussetzung aber bei der R. nicht zutraf, ist im vorliegenden Fall die Verpflegung der Kranken im städtischen Spital in G. von der Beklagten nicht zurückgezogen, sondern nur die Unterbringung in einer Irrenanstalt nicht genehmigt worden.

Der vom Kläger endlich geltend gemachte Umstand, daß der Aufwand in der Irrenanstalt geringer gewesen sei als im Krankenhaus, ist unerheblich.

B. Zur Unfallversicherung.

Rentenansprüche der Witwe eines Verletzten.

Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 15. Mai 1913.

Das Gehirnleiden des verstorbenen Ehemanns der Klägerin ist diesem gegenüber hinsichtlich seiner Unfallrentenansprüche auf Grund des Gutachtens des Dr. S. als Unfallfolge anerkannt worden. Der Ehemann B. war dadurch schon, bevor er am 17. November 1908 wegen völliger Arbeitsunfähigkeit aus dem Dienst ausscheiden mußte, teilweise in seiner Arbeitsfähigkeit beschränkt. Er hatte alsdann, obwohl er seinen vollen Lohn weiter bezog, Anspruch auf Entschädigung (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. I S. 264, Anm. 18 zu § 9 GUVG.).

Die Witwe des Verletzten beansprucht zunächst

Digitized by Google

für die Zeit vom 10. September bis zum 15. Oktober 1907 eine Teilrente von 50 %. Am 10. September 1907 hatte B. einen Anfall gehabt. Er war dabei mehrere Stunden bewußtlos gewesen. Am anderen Tage fühlte er sich bis auf Benommenheit im Kopfe wieder wohl. Der Arzt hatte aber vorläufig noch Bettruhe verordnet. Es unterliegt keinem Bedenken, der Behauptung der Klägerin Glauben zu schenken, daß ihr Ehemann noch bis zum 15. Oktober 1907 um mindestens 50 % in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt war.

Ebenso ist der Anspruch auf Entschädigung für die Zeiten vom 4. Mai bis zum 15. Juni und vom 8. August bis zum 15. September 1908 begründet. Das Leiden hatte sich verschlimmert. Anfang Mai 1908 war ein neuer Anfall eingetreten. B. wurde ins Krankenhaus gebracht, blieb dort zwei Tage und hat dann noch drei Wochen zu Haus krank gefeiert. Anfang Juni 1908 mußte er sich wegen des Nasenleidens in ärztliche Behandlung begeben. Es wurden mehrere Operationen vorgenommen. Aus dem Gutachten des Dr. M. ergibt sich, daß B. schon durch dieses Leiden erheblich in seiner Erwerbsfähigkeit beschränkt war. Nach den glaubhaften Angaben des B. und seiner Angehörigen traten auch nach dem Anfall von Anfang Mai im Sommer 1908 sehr häufig Anfälle ein, die nicht recht zum Ausbruch kamen, sondern nur Ohnmachten und Schwindel hervorriefen und B. klagte nun auch über häufig auftretende krampfhafte Schmerzen in der Stirn, über Benommenheit und Gedankenschwäche. Diese Erscheinungen nahmen immer mehr zu. Am 10. August 1908 trat ein neuer schwerer Anfall ein und bis zum 17. November 1908 hatte sich der Zustand so verschlechtert, daß B. im Dienste nicht mehr zu gebrauchen war und ausscheiden mußte. Auch der Anspruch auf eine Teilrente von 50 % für die Zeit vom 8. August bis zum 15. September 1908 erscheint deshalb gerechtfertigt.

Die Klägerin beansprucht schließlich auch mit Recht die Hilflosenrente vom 26. August 1909 an. An diesem Tage ist B. in die Provinzialheilanstalt Warstein aufgenommen worden. Die epileptischen Anfälle waren damals nach dem Gutachten des Dr. S. vom 18. Mai 1910 häufiger geworden. Sie traten alle 14 Tage bis 4 Wochen auf. B. war in diesen Zeiten geistig stark verändert. Auch in den Zwischenzeiten war er erheblich geistesschwach. Nach dem Gutachten des Dr. S. vom 10. Juni 1911 war sein Zustand derart, daß er dauernd fremder Wartung und Pflege bedurfte. Das Rekursgericht hat deshalb der Klägerin vom 26. August 1909 an bis zum Tode ihres Ehemannes eine Rente im Betrage von 100 % des Jahresarbeitsverdienstes zugesprochen.

Da es sich um die erste Rentenfestsetzung handelt, war ferner gemäß Art. 60 des EinfGes. zur RVO. bei der Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes die günstigere Vorschrift des § 563 Abs. 2 RVO. anzuwenden und der Jahresarbeitsverdienst auf 1880 M. zu erhöhen.

Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente mußte aber abgewiesen werden. Nach dem Gutachten des Dr. S. vom 2. Januar 1912 ist die entscheidende Ursache der Epilepsie, die zum Tode geführt hat, der bei der Leichenöffnung festgestellte, mit dem Unfall in keinem ursächlichen Zusammenhang stehende Erweichungsherd im Gehirn gewesen. Daneben besteht die Möglichkeit, daß auch die Unfallfolgen an der Nase zur Entstehung der Epilepsie mitgewirkt haben. Die bloße Möglichkeit der Einwirkung genügt aber nicht, den Entschädigungsanspruch zu begründen. Diesem Rekurs mußte deshalb der Erfolg versagt werden.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts [1]).

Eine Feststellungsklage (Berufung), ohne gleichzeitigen Antrag auf Erhöhung der Rente, ist zulässig gegen einen Bescheid, der erkennen läßt, daß ein bestimmter Körperschade (Nabelbruch) nicht als Unfallfolge anerkannt und ein für allemal von der Entschädigung ausgeschlossen werden soll (2614).

Ein vor dem Schiedsgericht geschlossener Vergleich, wonach die Berufsgenossenschaft dem Verletzten ein bestimmte Rente „auf Lebenszeit" gewährt, ist unwirksam. Die Rechtskraft einer schiedsgerichtlichen Entscheidung, durch die im Hinblick auf jenen Vergleich ein Antrag von Minderung der Rente zurückgewiesen ist, steht einem erneuten Rentenminderungsantrage (wegen weiterer Besserung) nicht entgegen (2615).

Ein formellrechtliches Versicherungsverhältnis ist nicht anzuerkennen, wenn der Berufsgenossenschaft nur summarische Lohnnachweisungen (ohne Bezeichnung der Arbeiter und Beamten nach Namen und Stellung) eingereicht worden sind (2616).

Die Berufsgenossenschaft hat selbständig die Voraussetzung des § 13 GUVG. (§ 582 RVO.) zu prüfen, ob der Anspruch des Verletzten gegen die Krankenkasse weggefallen ist; die im Verfahren über den Anspruch des Verletzten gegen die Kasse ergangenen Entscheidungen binden die Genossenschaft nicht (2617).

Der Verletzte, der Schadenersatz vom Unternehmer fordern will (§ 135 GUVG., § 898 RVO.), kann gegen den Bescheid der Berufsgenossenschaft,

---

[1]) Heft 6 (v. 15. Juni 1913) der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts. — Alle hier mitgeteilten Entscheidungen sind Rekursentscheidungen.

Digitized by Google

durch den ihm eine Rente zugesprochen ist, Berufung einlegen, weil kein Betriebsunfall vorliege. Erkennt das Schiedsgericht demgemäß, so kann die Genossenschaft Rekurs zur Wiederholung ihres Bescheides einlegen (2618).

Die Vermutung, daß der Zustand eines Verletzten, der sich der ärztlichen Untersuchung entzieht, sich gebessert habe, kann durch die Umstände des Falles widerlegt werden (2619).

Die Eigenschaft als Facharbeiter, z. B. als „Schweizer" (§ 1 Abs. 6 LUVG., § 923 Abs. 3 RVO.), bestimmt sich nach den tatsächlichen Beschäftigungsverhältnissen, nicht nur nach der persönlichen beigelegten Bezeichnung.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Wahlrecht zwischen Invaliden- und Altersrente; Verzicht auf die höhere Rente.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Februar 1913.

Ein Invalidenrentner bezog zugleich von einer Arbeiterpensionskasse eine Rente, die jedoch im Hinblick auf die Invalidenrente gekürzt wurde. Er forderte deshalb, unter Verzicht auf die höhere Invalidenrente, von der Landesversicherungsanstalt die niedrigere **Altersrente**, die nicht gekürzt werden durfte. Die Versicherungsanstalt und das Oberversicherungsamt gingen hierauf nicht ein im Hinblick auf § 1318 RVO. und weil ein Verzicht unzulässig sei. Das Reichsversicherungsamt hob die Entscheidung auf. **Gründe:**

Die Vorschrift des § 1318 RVO. hat lediglich den Zweck, beim Zusammentreffen der Voraussetzungen für mehrere Renten auf Grund der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Auszahlung der mehreren Renten nebeneinander zu verhindern, da das Gesetz eine mehrfache Entschädigung auf Grund der einen Versicherung nicht zuläßt. Der Rentenbewerber kann somit nur die eine Rente von mehreren ihm an sich zustehenden Renten fordern. Berechtigt ist er, die jeweils höhere Rente zu fordern, es kann ihm aber nicht verwehrt werden, unter Verzichtleistung auf die höhere Rente die andere niedrigere Rente zu verlangen, denn der Grundsatz des bürgerlichen Rechtes, daß eine Partei ganz oder teilweise auf ihr Recht verzichten kann, gilt — jedenfalls in Fällen, in denen wie hier der Verzicht dem Versicherten nicht zum Nachteil gereicht — auch für das Gebiet der Arbeiterversicherung (Amtl. Nachr. 1901 S. 612 Ziff. 928). Verzichtet also der Kläger auf die ihm zuerkannte, höhere Invalidenrente, so steht an sich nichts im Wege, ihm die niedrigere Altersrente zuzuerkennen. Die gegenteiligen Ausführungen des Schiedsgerichts (Oberversicherungsamts) sind rechtsirrtümlich.

(L.) **Versicherungspflichtiger Heimarbeiter.**

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 7. Februar 1913 (I a 16718/12).

Versichert ist der Kläger dann gewesen, wenn er von der Firma Sch. als Heimarbeiter beschäftigt worden ist. Das hat das Reichsversicherungsamt im Gegensatze zu den Vorinstanzen, die den Kläger während seiner Tätigkeit für die genannte Firma als Hausgewerbetreibenden angesehen haben, aus folgenden Gründen angenommen.

Dem Kläger hat es in seinem Verhältnis zur Firma Sch. an der persönlichen Selbständigkeit gefehlt, durch die sich der Hausgewerbetreibende vor dem Heimarbeiter auszeichnet. Denn nach den Ermittelungen bestand zwischen dem Kläger und der Firma ein fester Vertrag, der nur unter Innehaltung einer bestimmten Kündigungsfrist zu lösen war. Es handelte sich also nicht um Einzelaufträge, nach deren Erledigung keine der Geschäftsparteien gehalten war, das Verhältnis fortzusetzen oder wieder aufzunehmen. Außerdem war der Kläger der Firma gegenüber noch insofern gebunden, als er für andere Gewerbetreibende nicht arbeiten durfte. Dieser Bindung lag allerdings nur ein Wunsch des Firmeninhabers zugrunde. Wie dieser dem Reichsversicherungsamt auf Befragen mitgeteilt hat, ist von einem ausdrücklichen Verbot aber nur deshalb abgesehen worden, weil ein solches Verbot doch nicht durchzuführen sei. Der Wunsch des Arbeitgebers muß deshalb dem ausdrücklichen Verbot gleichgeachtet werden.

Für die Annahme, daß der Kläger von der Firma Sch. als Heimarbeiter beschäftigt worden ist, spricht ferner die Tatsache, daß die Tätigkeit des Klägers in der eigenen Betriebsstätte in erster Reihe den Interessen des Arbeitergebers entsprach. Denn die Katasterakten der Lagereiberufsgenossenschaft lassen erkennen, daß der Betrieb der genannten Firma in den letzten Jahren eine von vornherein offenbar nicht vorgesehene Aenderung und Ausdehnung erfahren hat, die eine Beschäftigung der nötigen Arbeitskräfte in den der Firma zur Verfügung stehenden Räumen erschwerte, wenn nicht unmöglich machte.

Das Reichsversicherungsamt hat hiernach die Voraussetzungen, unter denen ein Heimarbeitsverhältnis regelmäßig angenommen wird (zu vgl insbesondere die Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, Ziff. 15 S. 13 ff.) im vorliegenden Fall als gegeben angesehen. Der Kläger ist also versichert gewesen, als er den Unfall am 15. August 1911 erlitt, und die Berufsgenossenschaft muß ihn infolgedessen wegen der Folgen des Unfalls entschädigen.

Digitized by Google

D. Zur Angestelltenversicherung.

Merkblatt der Reichsversicherungsanstalt für die Entrichtung der Beiträge zur Angestelltenversicherung.

(Neue Fassung; „Angestelltenversicherung" 1913 S. 111, vgl. S. 48).

1. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die Beiträge für sich und seine Angestellten an die Reichsversicherungsanstalt zu zahlen (§§ 176, 177 des Gesetzes). Zuwiderhandlungen sind mit Strafe bedroht (§ 340 a. a. O.).

2. Der Arbeitgeber hat bei der ersten Beitragszahlung eine Nachweisung (Uebersicht nach § 181 a. a. O.) über seine versicherungspflichtigen Angestellten und die fälligen Beiträge aufzustellen und vorher oder bei der Einzahlung der Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt in Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm, einzusenden. Hierzu erhält er die Vordrucke (R. f. A. II Nr. 3) bei der Ausgabestelle für die Angestelltenversicherung seines Sitzes. Bis zu 20 Angestellten dient der einseitige Vordruck. Bei mehr als 20 Angestellten kommen mehrere einseitige Vordrucke oder Einlagevordrucke, die gleichfalls von der Ausgabestelle abgegeben werden, zur Verwendung. In die Nachweisung sind die Angestellten in der Reihenfolge der Gehaltsklassen, mit der Klasse A beginnend, einzutragen.

3. Beschäftigen mehrere Arbeitgeber den Versicherten während des Monats (§ 177 a. a. O.), so können an Stelle der Nachweise (siehe vorstehend Nr. 2) Postkartenvordrucke benutzt werden, die gleichfalls von der Ausgabestelle ausgehändigt werden.

4. Statt der Verwendung von Marken hat die Reichsversicherungsanstalt mit Zustimmung des Reichskanzlers den Postscheckverkehr für die Beitragseinzahlung für den Fall des § 176 zugelassen, für den Fall des § 177 vorgeschrieben (siehe auch weiter unten, Nr. 8). Hiernach sind die aus den Nachweisungen (sie vorstehend Nr. 2 und 3) sich ergebenden Beitragssummen bis zum 15. des auf den Monat, für den die Beiträge zu zahlen sind, folgenden Monats dem Konto der Reichsversicherungsanstalt bei dem Postscheckamt in Berlin zu überweisen. Hierfür sind besondere Zahlkarten eingeführt, die der Arbeitgeber bei seiner Postanstalt erhält und zweckmäßig frühzeitig abhebt. Die Erläuterungen zur Ausfüllung und Benutzung sind auf der Rückseite der Formulare angegeben. Auf der Rückseite der Abschnitte findet man eine Kontrollübersicht, die zur Nachprüfung der Beitragssumme dient und auszufüllen ist. Inhaber von Postscheckkonten können die Beiträge auch durch Ueberweisung entrichten. Dazu sind die gewöhnlichen Ueberweisungsformulare zu benutzen, von denen der anhaftende Abschnitt vom Kontoinhaber abzutrennen und zu beseitigen ist. Statt dieses Abschnittes ist der Ueberweisung bei der Uebersendung an das Postscheckamt ein besonderer Gutschriftzettel beizufügen. Diese Gutschriftzettel werden in Blocks zu 50 Stück — zum Preise von 10 Pf. für einen Block — von den Postscheckämtern an die Kontoinhaber abgegeben.

5. Für Lehrer und Erzieher aller Art, die bei mehreren Familien während eines Monats tätig sind, können die fälligen Beiträge nach vorheriger Anzeige an die Reichsversicherungsanstalt vierteljährlich eingezahlt werden. In diesem Falle sollen die Postkartenvordrucke — siehe oben Nr. 3 — benutzt werden.

Der Lehrer kann von seinen mehreren Arbeitgebern beauftragt werden, die Einzahlung der Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für sie zu besorgen. Die Arbeitgeber haben hiervon der Reichsversicherungsanstalt Mitteilung zu machen. Der Lehrer hat, wenn die Einzahlung für mehrere Arbeitgeber mittels einer Zahlkarte erfolgt, gleichzeitig eine Liste an die Reichsversicherungsanstalt einzusenden, aus der sich ergibt, für welche Arbeitgeber (Name und Wohnort) und je in welcher Höhe die Beiträge eingezahlt sind.

6. Bei der zweiten und den folgenden Beitragszahlungen müssen die Veränderungen angegeben werden, welche die Abweichung gegen die vorherige Beitragssumme klarstellen. Veränderungen sind dann gegeben, wenn Angestellte

a) aus dem Dienst ausscheiden (Abgang);
b) in den Dienst neu eingestellt werden (Zugang);
c) Gehaltsänderungen erfahren, die den Angestellten in eine andere Gehaltsklasse bringen.

In den Fällen der obigen Nr. 3 sind Veränderungsanzeigen einzusenden:

a) bei monatlicher Beitragszahlung, wenn es sich um den Wechsel in der Person des Angestellten handelt;
b) bei vierteljährlichen Beitragszahlungen (für Lehrer und Erzieher) nach Ablauf des Kalendervierteljahrs vor oder bei Einzahlung der Beiträge, wenn in einem Kalendermonat des Vierteljahrs ein Wechsel in der Person des Angestellten oder eine Aenderung in dem gezahlten Entgelt eintritt.

7. Zu den Veränderungsanzeigen sind dieselben Vordrucke (R. f. A. II Nr. 3) wie für die Nachweisung bei der ersten Beitragszahlung (s. vorstehend Nr. 2) zu verwenden. Die Verän-

Digitized by Google

derungen sind nach der Einteilung zu Nr. 6 unter a (Abgang), b (Zugang), c (Gehaltsänderung) gesondert aufzuführen. Sind keine Veränderungen eingetreten, so ist dieses durch Berichtigung des auf den Postscheckformularen unter der Kontrollübersicht (siehe oben Nr. 4) vorgesehenen Textes zu vermerken. Die Veränderungsanzeigen sind vor der nächsten Beitragszahlung, spätestens gleichzeitig mit ihr, an die Reichsversicherungsanstalt abzusenden.

8. Die Einzahlung der Beiträge an die Reichsversicherungsanstalt hat der Arbeitgeber in der Versicherungskarte durch Eintragung des vollen, an die Reichsversicherungsanstalt abgeführten Beitrags und Beischrift seines Namens oder seiner Firma handschriftlich oder durch Stempel zu vermerken. Arbeitgeber, die bei ständig beschäftigten Angestellten (§ 176 a. a. O.) Marken benutzen wollen, können diese nach vorheriger Einzahlung der fälligen Beiträge, tunlichst auf das Postscheckkonto (siehe oben Nr. 4), von der Reichsversicherungsanstalt gegen Erstattung der Portokosten beziehen.

9. Arbeitgeber, die Angestellte in mehreren Betrieben (Filialen) an demselben oder verschiedenen Orten beschäftigen, können die Beiträge von dem Hauptbetrieb aus zahlen; sie müssen alsdann für jeden Betrieb eine besondere Nachweisung (Uebersicht gem. § 181 a. a. O., s. oben Nr. 2) an die Reichsversicherungsanstalt einreichen.

Gründung von Ortsausschüssen der Vertrauensmänner.

Rundschreiben des **Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt** vom 8. Mai 1913.

Schon in der Begründung zum Entwurf eines Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Mai 1911 Reichstagsdrucksache Nr. 1065, 12. Legislaturperiode, II. Session 1909/11) ist die Zweckmäßigkeit weitgehender Mitwirkung der Vertrauensmänner bei der Durchführung der gesetzlichen Aufgaben der Angestelltenversicherung anerkannt und im Anschluß an nähere Erläuterungen dieser Aufgaben folgendes ausgeführt worden: „Da die Inanspruchnahme der Vertrauensmänner voraussichtlich eine vielseitige werden und häufiger eintreten wird, so wird es sich empfehlen, sie zu Ortsausschüssen zusammenzuschließen, die ihre Geschäfte auf Grund einer von der Versicherungsanstalt aufzustellenden Geschäftsordnung erledigen können."

In der Tat erscheint es nicht nur schwierig, sondern in zahlreichen Fällen unmöglich, ohne Gründung von Ortsausschüssen der gesetzlichen Einrichtung der Vertrauensmänner ihre volle Bedeutung zu geben. Gutachten, Tatsachenermittlungen, Auskünfte, die meist eng mit den persönlichen und örtlichen Verhältnissen zusammenhängen, werden im allgemeinen für die Entscheidungen der Reichsversicherungsanstalt und des Rentenausschusses am brauchbarsten sein, wenn Arbeitgeber und Angestellte, kaufmännische, industrielle und landwirtschaftliche Vertreter sowie alle sozialpolitischen Richtungen gehört werden. Damit wird zugleich die sonst zu erwartende Mißstimmung etwa nicht befragter Vertrauensmänner vermieden. Der Einzelbefragung jedes Vertrauensmanns steht das Bedenken entgegen, daß es dann an dem notwendigen Ausgleich der Anschauungen auf Grund gemeinsamer Beratungen fehlt. Außerdem hätte dies Vorgehen unliebsame Verzögerungen in der Geschäftserledigung, hautsächlich zum Schaden der Versicherten im Gefolge.

Aus dem Vorstehenden ergibt sich ferner, daß der Ortsausschuß aus sämtlichen Vertrauensmännern paritätisch zusammengesetzt sein muß und unter einem ebenfalls paritätisch gegliederten Vorstand seine Tätigkeit auszuüben haben wird. In dieser Zusammenfassung ist auch dem einzelnen Vertrauensmanne die beste Gewähr gegeben, an der Durchführung der gesetzlichen Aufgaben bedeutungsvolle Mitarbeit zu leisten. Die Vollversammlung der Mitglieder des Ortsausschusses soll zunächst eine möglichst allgemeine Mitwirkung der Beteiligten sicherstellen. Bei weniger wichtigen oder dringlichen Angelegenheiten dürfte der dem Ortsausschusse verantwortliche paritätische Vorstand hinreichende Bürgschaft für Erledigung im Sinne der Vollversammlung bieten. Auch eine gewisse Mitwirkung der Ersatzmänner in den Beratungen der Vollversammlung wird sich empfehlen; denn der nicht seltene Fall des Eintretens für einen behinderten oder ausgeschiedenen Vertrauensmann setzt voraus, daß die Ersatzmänner von den laufenden Geschäften des Ortsausschusses dauernd unterrichtet bleiben.

Auf die Aufgaben der Vertrauensmänner wird im allgemeinen durch § 144 AVG. hingewiesen. Unabhängig von bestimmten Aufträgen der Reichsversicherungsanstalt oder des Rentenausschusses sollen danach die Vertrauensmänner alle Tatsachen mitteilen, die nach ihrem eigenen Ermessen für jene Behörden Bedeutung haben. Gleichzeitig ermächtigt das Gesetz in §§ 144, 125 den Rentenausschuß, die Vertrauensmänner bei Erledigung seiner Geschäfte zur Mitwirkung heranzuziehen und ihnen bestimmte Obliegenheiten auch regelmäßig und dauernd zu übertragen. Hierher werden, unter Vorbehalt der Uebertragung im einzelnen, folgende Angelegenheiten gehören:

den Versicherten und ihren Arbeitgebern in Versicherungsfragen Auskünfte des Rentenausschusses zu übermitteln,

Digitized by Google

den Rentenausschuß mit eingehender Sachdarstellung zu benachrichtigen, wenn in Erfahrung gebracht wird, daß durch ein Heilverfahren ein Versicherter vor der Berufsunfähigkeit bewahrt oder der Empfänger eines Ruhegeldes wieder berufsfähig werden kann,

auf Anfordern der Reichsversicherungsanstalt oder des Rentenausschusses sich zu Anträgen auf Ruhegeld, Renten oder Abfindung zu äußern,

Anträge auf Heilbehandlung aus dem Bezirk entgegenzunehmen und, soweit möglich, auf Grund bekanntgewordener Tatsachen vorläufig zu begutachten,

für ein von der Reichsversicherungsanstalt beabsichtigtes Heilverfahren Ermittlungen zu übernehmen,

auch alle übrigen von Reichsversicherungsanstalt oder Rentenausschuß auf Grund des Gesetzes verlangten Auskünfte zu beschaffen.

Später wird zu erwägen sein, wieweit den Ortsausschüssen eine Mitwirkung bei der Auswahl der im Gesetze vorgesehenen Beauftragten der Reichsversicherungsanstalt eingeräumt werden kann, denen die Einziehung der Auskünfte über Angestelltenzahl, Beschäftigungsdauer und Arbeitsverdienst sowie der Versicherungskarten zwecks Prüfung und Berichtigung (§ 215 a. a. O.) obliegen wird. Ebenso wird später klarzustellen sein, ob die Reichsversicherungsanstalt den Ortsausschüssen oder bestimmten durch sie vorgeschlagenen Vertrauensmännern die Ueberwachung der Ruhegeldempfänger übertragen soll.

Angefügt ist dem Rundschreiben der Entwurf einer Geschäftsordnung für die zu bildenden Ortsausschüsse und eine Bekanntmachung, betreffend Ausführung des § 155 AVG. über Ersatz von Auslagen und Entschädigung für Zeitverlust oder entgangenen Arbeitsverdienst.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Aerztetag und die Musterverträge.

Der einmütige Beschluß des Elberfelder Aerztetages, an den „Musterverträgen" festzuhalten, ist vielfach von Kasseninteressenten allzu pessimistisch aufgenommen worden. Die „Deutsche Medizinische Presse" führt die Bedeutung dieser Einmütigkeit auf das richtige Maß zurück, indem sie schreibt:

Die Herren fühlten sich dieses Mal ganz unter sich. Hatte es in früheren Jahren wenigstens bei der Kassenarztfrage so etwas wie eine Diskussion gegeben, so war in Elberfeld offenbar nicht ein Delegierter erschienen, der dem höchst angreifbarem Programm des Vorsitzenden nicht Beifall gespendet, dem Referate Streffers widersprochen hätte. Letzteres basierte natürlich auf den Leipziger Musterverträgen. Von beiden Herren wurde hervorgehoben, daß man den Kassen freie Arztwahl nicht aufzwingen wolle, sondern sogar Verträge für den fixierten Kassenarzt vorsehe. Während man sonst bei einer so wichtigen Sache das Für und Wider von verschiedenen Seiten zu beleuchten pflegt, kam hier kein Hörer auf die Idee, die sonderbare Forderung des bezahlten Urlaubs für den Kassenarzt zu kritisieren; keiner versuchte sich klar zu machen, welche Unbill man mit der künstlich konstruierten 1800 M.-Grenze den Kassenverwaltungen zumute, die ja von höher entlohnten Mitgliedern keine höheren Beiträge nehmen dürfen, dafür aber die Aerzte nach einer gar den Normaltarif übersteigenden Norm honorieren sollen!

Alle diese Dinge und noch verschiedene andere wurden zwar mit großer Ueberzeugungstreue vorgetragen und der Herr Vorsitzende dekretierte, den Kassenleitern könne so etwas gar nicht schwer fallen; aber es fehlte jeder Fingerzeig, ob auch nur eine einzige Kasse sich bisher bereit gezeigt habe, nach dem Leipziger Muster zu kontrahieren! . . .

Wir fassen die Situation nicht so tragisch wie z. B. die Krankenkassenzeitung, welche bereits den § 370 heranziehen zu müssen glaubt. Diese Einstimmigkeit, mit der die „Musterverträge" angenommen wurden, ist nichts weiter als ein Bluff. Selbst nach den Musterverträgen bleibt es den Lokalverbänden unbenommen, unter Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten mit den Kassen zu verhandeln und die Erfahrung hat gezeigt, daß selbst Leipziger Verbandsfilialen die Mitarbeit der „überzeugten Egoisten" (!) recht gut gebrauchen. So wird wohl noch an manchen Orten das Leipziger Muster ein Ideal sein, dem man nachstrebt, auf dessen Erreichung man aber klug verzichtet — auch wenn man noch so musterhafter Gefolgsmann der Leipziger Zentrale ist. Immerhin ist's möglich, daß einige besonders gut gestellte Kassen, besonders in Industriegegenden, wo auch sonst die Einzelleistung bezahlt wurde, jetzt sich zu dem Leipziger Tarife bequemen. Dann sicherlich nicht ohne recht scharfe Kontrollbestimmungen einzuführen, um einer Häufung von Besuchen oder gar spezialistischen Leistungen zu steuern. Auf dem Lande sollen ja die freiwillig Versicherten eine große Rolle spielen und selbständige Bauern mit zwei Knechten dürften kaum irgendwo ein höheres Einkommen als 2500 M. versteuern. Da ist's in einem Dorfe dem Arzte lieb, wenn er wenigstens seine 2 M. für den Besuch und Vergütung der Fuhrkosten erhält. Anderswo hat der Landdoktor weite, womöglich gefahrvolle Touren auf Gebirgswegen in schlechten Wagen zu machen, die bisher nach hoher Privattaxe honoriert wurden. Für solche Leistungen mag das Pauschale nicht ausreichen. Aber da sind wieder die Aerzte dünn gesät und können erst recht des Apparates der Lokalkommission und der Musterverträge entraten, dürften auch kaum gewillt sein, von ihrer Praxis Provision nach Leipzig abzuführen. Man kann sich bei aller Hochachtung vor ärztlichen Kongregationen nicht des Verdachtes entschlagen, daß die Kassenkontrakte mit Gewalt über eine Zwischenstelle geleitet werden sollen, damit der Leipziger Verband Ersatz für die in Köln und anderswo verpulverten Millionen erhält. Das aber ist nicht Aufgabe der sozialen Gesetzgebung.

Digitized by Google

Aufwendungen für eine Arbeiterfamilie auf Grund der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

(Siehe hierzu die Berechnungen in den Anmerkungen am Schlusse.)

Von der mannigfachen Wandlungsfähigkeit der Leistungen aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gibt die Entwicklung der Versicherungsfälle in einer Arbeiterfamilie innerhalb einer bis zur Auflösung durch den Tod der Eltern dauernden Beobachtungszeit ein anschauliches Bild.

Der Mann ist Vorschmied in einer Wellblechfabrik, die Frau Bedienungsfrau in einem Damengarderobengeschäft. Es sind vier eheliche Kinder erster Ehe unter 15 Jahren vorhanden, deren Zahl im Laufe der mehrjährigen Beobachtung nicht verändert wird. Vorausgesetzt wird, daß Mann und Frau die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft aufrecht erhalten haben.

Zunächst soll der bisherige Ernährer der Familie invalide werden, nachdem er 70 Beiträge II. Lohnklasse, 603 III., 141 IV. und 140 V. (darunter 18 nach dem 1. Januar 1912) geleistet hat. Er tritt in den Genuß einer Invalidenrente mit Kinderzuschuß von jährlich 310,80 M.[1]).

Darauf wird die Ehefrau invalide, die zurzeit 333 Beiträge in Lohnklasse II (darunter 11 nach dem 1. Januar 1912) entrichtet hat. Auch sie erhält eine Invalidenrente, die mit Kinderzuschuß 191,40 M.[2]) beträgt, so daß jetzt jährlich von der Familie 502,20 M. Rente bezogen werden.

Der Invalidenrentner stirbt. Die Witwe erhebt zwar keine Witwenrente, weil sie bereits Invalidenrente genießt, als Ersatz dafür aber ein einmaliges Witwengeld von 77,40 M.[3]), fällig am Todestage des Mannes, und für die Kinder einmalige Waisenausteuern von 20,40 M. + 20,80 M. + 22,— M. + 26,— M. = 89,20 M.[4]), zahlbar mit Vollendung des 15. Lebensjahres; außerdem beziehen die Kinder infolge des Todes ihres Vaters an Waisenrente jährlich 122,40 M.[5]). Im ganzen erhalten also Witwe und Kinder laufend 191,40 M. + 122,40 M. = 313,80 M. und einmalig 77,40 M. + 89,20 M. = 166,60 M.

Zuletzt stirbt die Mutter. Die Kinder bleiben im Genuß der höheren Waisenrentenbezüge von 122,40 M. aus dem Recht des Vaters; die Waisenrente aus dem Recht der Mutter (115,20 M.)[6]) ruht als die niedrigere von zwei auf Grund der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zusammentreffenden Renten.

Stirbt die Mutter vor dem Vater, so stellen sich die Leistungen ungünstiger, insofern die Invalidenrente des Vaters (310,80 M.) zwar weiterläuft, aber Witwengeld und Waisenausteuer ausfallen. Die von der verstorbenen Ehefrau geleisteten Beiträge bleiben somit nutzlos; das Gesetz kennt weder Witwergeld noch Waisenausteuer aus dem Rechte der Mutter. Nach dem Tode des Vaters werden die Kinder zu der höheren Waisenrente (122,40 M.) bezugsberechtigt, während die Waisenrente mütterlicherseits, die für sich allein mit dem Tode des Vaters erst aufleben würde, beim Zusammentreffen mit der höheren Waisenrente väterlicherseits ruht.

Wird der Mann zuerst invalide, stirbt er alsdann und folgt nachher die Invalidität der Frau und schließlich ihr Tod, so werden gezahlt in dem ersten Zeitraum von der Invalidität des Mannes bis zu seinem Tode an den Mann: Invalidenrente mit Kinderzuschuß (310,80 M.), im zweiten Zeitraum vom Tode des Mannes bis zur Invalidität der Frau an die Witwe: Witwengeld und Waisenausteuer (166,60 M. einmalig) und an die Kinder: Waisenrente aus dem Recht des Vaters (122,40 M. laufend), im dritten Zeitraum von der Invalidität der Frau bis zu ihrem Tode: Invalidenrente mit Kinderzuschuß (191,40 M.) und an die Kinder weiterlaufend die Waisenrente väterlicherseits (122,40 M.), im vierten Zeitraum nach dem Tode der Mutter an die hinterbliebenen Kinder weiterlaufend nur die Waisenrente aus dem Recht des Vaters (122,40 M.).

Nachstehende Aufwendungen ergeben sich, wenn die Wandlung der Vorfälle mit der Invalidität des Mannes einsetzt, später mit dem Tode der Frau und zuletzt des Mannes endet: Invalidenrente mit Kinderzuschuß aus dem Recht des Mannes (310,80 M.), dazu nach dem Tode der Mutter: Waisenrente aus dem Recht der Mutter, vorausgesetzt, daß die Frau den Lebensunterhalt der Familie ganz oder überwiegend bestritten hat und die Kinder bedürftig sind (also 310,80 M. + 115,20 M. = 426,— M. jährlich), schließlich nach dem Tode des Vaters die höhere Waisenrente (122,40 M.).

Unter den sechs Fällen, die mit der Invalidität der Frau anheben, sind durch Reichhaltigkeit der Leistungen diejenigen am meisten bevorzugt, wo der Mann vor der Frau stirbt, weil dann zu der Invalidenrente der Frau das Witwengeld und zu den Kinderzuschüssen Waisenausteuer und Waisenrente hinzukommt; wenn die Frau eher stirbt als der Mann, beschränken sich die Aufwendungen entweder auf Invalidenrente mit Zuschuß oder auf Waisenrente.

Eröffnet der Tod des Mannes die Reihenfolge der Zustandsänderungen, so erscheinen im ersten Abschnitt durchweg Witwengeld mit Waisenausteuer neben der Waisenrente, im zweiten treten durch die Invalidität der Mutter Invalidenrente nebst Zuschuß hinzu, und in den beiden letzten Zeitabschnitten geht die Hilfe auf die höhere Waisenrente zurück.

Weniger ergiebig gestaltet sich die Fürsorge in den sechs Fällen, in denen zuerst die Frau stirbt. Der Tod der Frau begründet keinen Anspruch der Hinterbliebenen trotz der Beitragsleistung der versicherten Mutter, solange der Vater noch erwerbsfähig ist. Erst mit der Invalidität des Vaters wird die Invalidenrente nebst Zuschuß und mit seinem Tode die Waisenrente fällig.

Immerhin bleiben in der Regel die Leistungen der Versicherten hinter den Aufwendungen der Versicherungsträger weit zurück, was in den bedeutenden Zuschüssen des Reichs (50,— M. laufend für Invaliden- und Witwenrente und einmalig für Witwengeld, 25,— M. laufend für Waisenrente und $16^2/_3$ M. einmalig für Waisenausteuer) und in dem halben Beitragsanteil der Arbeitgeber seine hauptsächlichste Erklärung findet.

Am ungünstigsten gestaltet sich z. B. die Hinterbliebenenfürsorge bei folgender Gruppierung der Vorgänge. Der Tod der Mutter tritt ohne voraufgegangene Invalidität ein, und nach mehreren Jahren, wenn die Kinder bereits herangewachsen sind, stirbt der Vater, gleichfalls ohne vorher invalide geworden zu sein. In dem gegebenen Beispiel mögen die Kinder beim Tode des Vaters 11, 12, 13 und 14 Jahre alt sein. Einer Beitragsleistung des Mannes und der Frau von zusammen 160,31 M.[7]) steht dann eine Gegenleistung von 30,60 M. × 4 + 31,20 M. × 3 + 33,— M. × 2 + 39,— M. = 321,— M. gegenüber[8]).

Sehr vorteilhaft wirkt eine Verknüpfung der Ereignisse in der Reihenfolge: Invalidität der Frau, ein Jahr später Tod des Mannes ohne vorherige Invalidität und nach Verlauf von weiteren neun Jahren Tod der Frau. Die Kinder sollen beim Tode des Vaters 1, 2, 3 und 4 Jahre alt sein. Hier erreicht bei einer Beitragsleistung der Versicherten von insgesamt 160,31 M. die Gesamtleistung des Versicherungsträgers eine Höhe von 3625,60 M. (191,40 M. × 10 Jahre = 1914,— M. an Invalidenrente mütterlicherseits; 159,— M. an Witwengeld mit Waisenausteuer; 122,40 M. × 11 Jahre + 93,60 M. × 1 Jahr + 66,— M. × 1 Jahr + 39,— M. × 1 Jahr = 1545,— M. an Waisenrente väterlicherseits), d. i. fast das 23fache der von den Versicherten überhaupt gezahlten Beiträge[9]).

Digitized by Google

Anmerkungen:

[1]) Berechnung der Invalidenrente des Mannes mit Kinderzuschuß:

Reichszuschuß	50,— M.
Grundbetrag	88,42 „
Steigerung	83,34 „
Unaufgerundete Stammrente	221,76 M.
Erhöhung (4/10)	88,70 „
Aufrundung	0,34 „
Jahresbetrag	310,80 M.

[2]) Berechnung der Invalidenrente der Frau mit Kinderzuschuß:

Reichszuschuß	50,— M.
Grundbetrag	66,66 „
Steigerung	19,98 „
Unaufgerundete Stammrente	136,64 M.
Erhöhung (4/10)	54,66 „
Aufrundung	0,10 „
Jahresbetrag	191,40 M.

[3]) Berechnung des Witwengeldes:

Grundbetrag 88,42 M.
Steigerung 2,16 „
zusammen 90,58 M. × 3/10 =

Anteil des Versicherungsträgers	= 27,17 M.
Reichszuschuß	50,— „
Aufrundung	0,23 „
Witwengeld	77,40 M.

[4]) Berechnung der Waisenausteuer

für das älteste Kind: (90,58 M. × 9/40 × 1/4 + 25,— M. + 0,50 M.) 2/3 = 20,40 M.
für das zweitälteste: (90,58 M. × 8/40 × 1/3 + 25,— M. + 0,16 M.) 2/3 = 20,80 „
für das drittälteste: (90,58 M. × 7/40 × 1/2 + 25,— M. + 0,07 M.) 2/3 = 22,— „
für das jüngste: (90,58 M. × 3/20 + 25,— M. + 0,41 M.) 2/3 = 26,— „
zusammen 89,20 M.

[5]) Waisenrentenbezüge väterlicherseits für vier Waisen: Jahresbetrag (90,58 M. 9/40 × 1/4 + 25,— M. + 0,50 M.) 4 = 122,40 M.

[6]) Berechnung der Waisenrentenbezüge mütterlicherseits für vier Waisen:

Grundbetrag 66,66 M.
Steigerung 0,66 „
zusammen 67,32 M. × 9/40 × 1/4 =

Anteil des Versicherungsträgers	= 3,79 M.
Reichszuschuß	25,— „
Aufrundung	0,01 „
Jahresbetrag für eine Waise	28,80 M.
Jahresbetrag für vier Waisen	115,20 „

[7]) Beitragsleistung des Mannes und der Frau:

70 × 0,20 M.	= 14,— M.	322 × 0,20 M.	= 64,40 M.
603 × 0,24 „	= 144,72 „	11 × 0,24 „	= 2,64 „
141 × 0,30 „	= 42,30 „	zusammen	67,04 M.
122 × 0,36 „	= 43,92 „	Frau:	33,52 M.
18 × 0,48 „	= 8,64 „		
zusammen	253,58 M.		
Mann:	126,79 M.		

[8]) Berechnung des Beispiels von Mindestleistung des Versicherungsträgers:

(90,58 M. · 9/40 · 1/4 + 25,— M. + 0,50 M.) 4	= 122,40 M.
(90,58 M. · 8/40 · 1/3 + 25,— M. + 0,16 M.) 3	= 93,60 M.
(90,58 M. · 7/40 · 1/2 + 25,— M. + 0,07 M.) 2	= 66,— M.
(90,58 M. · 3/20 + 25,— M. + 0,41 M.	= 39,— M.
zusammen	321,— M.

[9]) Berechnung des Beispiels von Höchstleistung des Versicherungsträgers:

10 Jahre Invalidenrente der Mutter	1914,— M.
Witwengeld	77,40 „
Waisenausteuer	89,20 „
11 Jahre Rente für vier Waisen	1346,40 „
1 Jahr Rente für drei Waisen	93,60 „
1 Jahr Rente für zwei Waisen	66,— „
1 Jahr Rente für eine Waise	39,— „
zusammen	3625,60 M.

Die Lupusheilstätte in Hamburg.

Der im Jahre 1909 gegründete Verein für Lupusfürsorge versendet soeben seinen vierten Jahresbericht. Vor Errichtung des Vereins war es die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, welche seit dem Jahre 1905 die Heilfürsorge auch auf lupuskranke Versicherte ausgedehnt hatte. Der Verein, welcher seit seinem Bestehen eine segensreiche Tätigkeit entfaltet hat, hielt bisher alle 14 Tage unentgeltliche Sprechstunden in der von der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte unterhaltenen Fürsorgestelle für Lupusleidende, Brauerknechtsgraben 34, ab. Durch die steigende Inanspruchnahme der Anstalt, sah sich der Verein genötigt mit dem Marienkrankenhause eine Vereinbarung zu treffen, daß die Kranken daselbst aufgenommen wurden. Im Februar 1911 wurde die Lupusstation daselbst eröffnet. Die Besuchsziffer dieser Anstalt betrug am Schlusse des Berichtsjahres 1911/12 458.

In der Zeit vom 1. April 1912 bis 1. April 1913 wurden aufgenommen in der Fürsorgestelle Brauerknechtsgraben 425; davon litten an Lupus 123 (Männer 82, Frauen 60, Kinder 31), an sonstigen Erkrankungen 302. Die Zahl der in der Lupusstation im Marienkrankenhause Behandelten betrug 336 (88 Männer, 178 Frauen, und 79 Kinder). Die Gesamtzahl der Kranken, welche den Verein um seine Hilfe angingen, beträgt 582 Lupöse. Nach dem Krankheitsstadium entfielen auf Lupus in beginnendem Stadium 105, in mittelschwerem 129 und im schwersten 102 Kranke. Von den Kranken konnten 100 gegen 71 im Vorjahre als geheilt entlassen werden.

Infolge der steigenden Frequenz reichten die Räume in der Lupusstation im Marienkrankenhause nicht mehr aus und der Verein sah sich genötigt, eine eigene Heilstätte zu errichten. Der im Herbst 1912 in der Martinistraße begonnene Bau war Ende März 1913 vollendet und konnte in Betrieb genommen werden. Mit Rücksicht auf die dem Verein zur Verfügung stehenden Mittel ist von einem größeren Bau, wodurch sich unsere Krankenhäuser auszeichnen, Abstand genommen. Doch können immerhin in diesem schlichten, einem kleinen Landhause ähnelnden Bau täglich 80 bis 100 Kranke behandelt werden. Die Anzahl der Betten, welche zur Aufnahme von Kranken bestimmt sind, beträgt 25. Von der Errichtung größerer Krankensäle ist Abstand genommen, die Kranken sind nach Art und Schwere des Leidens in den einzelnen Zimmern gruppiert.

Auf Einladung des leitenden Arztes, Herrn Dr. Wichmann war es auch den Vorständen der Krankenkassen ermöglicht, diese neue Heilstätte zu besichtigen. Dr. Wichmann begrüßte die zahlreich erschienenen Vorstandsmitglieder und gab einen Ueberblick über die Entwicklung der Lupusfürsorge in Hamburg. Er stellte den Anwesenden einige Kinder vor, welche neu zur Aufnahme gemeldet waren und zeigte an ihnen die Entstehung des Lupus, welcher nach seinen Ausführungen in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle im Kindesalter entsteht. Der Verein habe es sich darum zur Aufgabe gestellt, den Lupus im Anfangsstadium energisch zu be-

Digitized by Google

kämpfen und vornehmlich Kinder vom 2.—7. Lebensjahre zu beobachten. Eine derartige systematische Bekämpfung des Lupus sei bisher nirgends angestrebt oder durchgeführt worden. Bezüglich der Entstehung des Lupus führte er aus, daß der Hautlupus, abgesehen von der Entstehung von der Nasenschleimhaut aus, meistens von einer unter der Haut liegenden Tuberkulose aus entsteht. Würde man den Verlauf der Krankheit kurvenmäßig darstellen, so würde man ersehen, daß die Lupuskurve mit der Kurve der Entstehung der inneren Tuberkulose konform verläuft.

An diesen Vortrag schloß sich unter Führung der Herren Dr. Albanus und Dr. Wichmann eine Besichtigung der Anstalt. Von dem Aufnahmesaal gelangt man in den Saal für Licht unter Strahlenbehandlung. In der Mitte des Saales befindet sich ein Originalfinsenapparat, welcher zur gleichzeitigen Behandlung von vier Personnen eingerichtet ist. Hier demonstrierte Dr. Wichmann die Behandlungsmethode, er zeigte die Einrichtungen, durch welche die Lichtstrahlen der Wärmestrahlen tunlichst beraubt werden, um so als Heiliaktoren zu dienen. An der Seite befinden sich zwei medizinische Quarzlampen, eine Erfindung von Leo Arons, welche ebenfalls in den Dienst der Lichtheilmethode gestellt sind. Neben der Radiumbehandlung führte Herr Dr. Albanus in einem Nebenzimmer die Anwendung der Hochfrequenzströme vor. Es sind das nach der gegebenen Erklärung elektrische Ströme von hoher Schwingungszahl mit nur kleinen schwingungslosen Zwischenräumen, wie sie bei der drahtlosen Telegraphie im Gebrauch sind. Herr Dr. Albanus demonstrierte, wie durch die hohe elektrische Spannung dieser Ströme die Anwendung der sogenannten Kaltkaustik, eine Operation wie mit dem Messer, jedoch ohne Blutverlust, ausgeführt wird.

In einem seitlich von dem Finsensaal gelegenen Raume zeigte Herr Dr. Wichmann die sog. Thermopenetration, welche eine Erwärmung des Körperinnern bis 41° C in beliebiger Richtung herbeiführt, ohne daß dem Kranken das Gefühl der Hitze überkommt. Des weiteren führte derselbe einen Apparat vor, welcher zur direkten Behandlung des Kehlkopfes benutzt wird und welcher das zur Erleuchtung des Kehlkopfes nötige Licht direkt von außen in den letzteren einfallen läßt, ohne wie bisher einen Spiegel zu benutzen. Dem Operateur ist dadurch möglich, beide Hände zur Operation zu benutzen, während er früher nur eine benutzen konnte.

Aerzte und Krankenkassen in Bayern.

Man schreibt uns: Der Bayrische Staatsanzeiger veröffentlicht Mitteilungen über eine „Einigung zwischen Krankenkassen und Aerzten in Bayern", aus denen vielfach gefolgert worden ist, daß diese Einigung bereits vollzogen sei. Demgegenüber muß festgestellt werden, daß es sich hierbei lediglich um unverbindliche Besprechungen zwischen Vertretern von bayrischen Aerzten und bayrischen Krankenkassen gehandelt hat. Die Zustimmung der beiderseitigen Verbände, also auch der Krankenkassenverbände, ist bei den Verhandlungen über den vorgelegten Entwurf eines Abkommens ausdrücklich vorbehalten worden. Die beteiligten Krankenkassenverbände haben bis jetzt dem Abkommen nicht zugestimmt. Dem Vernehmen nach bestehen auch bei den Krankenkassenverbänden sehr gewichtige Bedenken gegen dieses Abkommen. Die Veröffentlichung desselben in dem Bayrischen Staatsanzeiger ist daher zum mindesten verfrüht und die Schlüsse, die daraus gezogen werden, sind unrichtig.

Aerztliche Gebühren für Bescheinigungen, Berichte, Gutachten.

Die Preußische Gebührenordnung für approbierte Aerzte und Zahnärzte vom 15. Mai 1896 unterscheidet unter B I 24 drei verschiedene Formen ärztlicher schriftlicher Aeußerungen:

a) eine kurze Bescheinigung über Gesundheit oder Krankheit eines Menschen,
b) einen ausführlichen Krankheitsbericht,
c) ein begründetes Gutachten.

Je nachdem die eine oder die andere Form vorliegt, werden die Vergütungssätze verschieden bemessen. Für a) stehen dem Arzte 2—5 M., für b) 3—10 M., für c) 9—30 M. zu:

Die Frage, unter welche dieser drei Positionen die im Feststellungsverfahren der Unfallversicherung von den Aerzten erstatteten sogenannten Formulargutachten zu subsumieren sind, ist nicht selten zwischen den Gutachtern und den Versicherungsträgern streitig geworden. Ein von der „Berufsgenossenschaft" (Nr. 11) mitgeteiltes Urteil des Landgerichts in Magdeburg enthält hierüber folgende Bemerkungen:

Es kommt für die Berechnung der dem Kläger zustehenden Gebühr gemäß der Gebührenordnung für Aerzte vom 15. Mai 1896 Nr. 24 darauf an, ob ein „ausführlicher Bericht" oder ein „begründetes Gutachten" vorliegt. Eine „kurze Bescheinigung über Gesundheit oder Krankheit" kann nicht in Betracht kommen. Hierbei ist wohl der Inhalt des dem Kläger von der Beklagten erteilten Auftrages dafür maßgebend, ob der Kläger das eine oder das andere zu erstatten hat. Aber für die Frage, unter welche der drei Rubriken des § 24 die erstattete Aeußerung des Arztes zu subsumieren ist, entscheidet ihr Inhalt. Es ist eben zu prüfen, ob Auftrag und Ausführung sich decken.

Unter einem Bericht ist die von einem Fachmanne geschriebene Wiedergabe der im Laufe einer Krankheit hervortretenden und auf sie Bezug habenden konkreten Tatsachen zu verstehen, die immer in gewisser Weise ein technisches Urteil enthalten muß, und zwar deswegen, weil nur ein Fachmann beurteilen kann, welche während der Krankheit in die Erscheinung getretenen Tatsachen für ihre Beurteilung und Behandlung in Betracht kommen.

Ein Gutachten ist dagegen die Subsumtion dieser konkreten Tatsachen unter die allgemeinen Obersätze und die Erfahrungssätze der ärztlichen Wissenschaft. Ein begründetes Gutachten muß eine eingehende wissenschaftliche Begründung enthalten; es muß auch im einzelnen die Erwägungen anführen, die den Sachverständigen zu dem Resultat geführt haben und insbesondere die Grundsätze der Wissenschaft und wenn diese in der Wissenschaft nicht feststehen, die verschiedenen Sätze der Wissenschaft aufstellen und die Gründe dafür angeben, aus denen der Sachverständige den von ihm gebilligten Satz als den richtigen anerkennt; alles in Vollständigkeit, so daß ein Nachprüfen durch andere Sachverständige möglich ist.

Mit Recht hat der Vorderrichter angenommen, daß ein solches begründetes Gutachten hier nicht vorliegt. Allerdings ist der Bericht, wie ihn die Beklagte nach dem Formular verlangt hat, als eine Zusammensetzung aus berichtenden und gutachtlichen Aeußerungen anzusehen, insbesondere sind die Fragen 4, 5, 6b, 8, 9 so gehalten, daß sie eine gutachtliche Aeußerung erfordern. Die Beantwortung durch den Kläger ist jedoch ihrer Art nach nur ein unbegründetes Gutachten, da jede Begründung fehlt. Wenn Kläger um ein „ausführliches Gutachten" gebeten ist, so lag es in seiner Hand, der Beantwortung der gutachtlichen Fragen 4, 5, 6b, 8, 9 eine Begründung

Digitized by Google

im Sinne des § 24c der Gebührenordnung beizufügen. Er hat das nicht getan. Demnach kommen für den Kläger nur die Gebühren gemäß Nr. 24b in Frage.

Geschäftsgang und Verfahren bei der Angestelltenversicherung. — Oberschiedsgericht.

In Nr. 36 des Reichsgesetzblatts, ausgegeben den 27. Juni 1913, sind zwei Kaiserliche Verordnungen vom 21. Juni 1913 über Geschäftsgang und Verfahren 1. der Schiedsgerichte, 2. des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung veröffentlicht. Die Verordnungen entsprechen — selbstverständlich mit den durch die Besonderheit des neuen Versicherungszweigs gebotenen erheblichen Abweichungen — den Verordnungen, die für den Geschäftsgang und das Verfahren vor den Oberversicherungsämtern und vor dem Reichsversicherungsamt unterm 24. Dezember 1911 erlassen sind und die wir in einer Beilage zu Nr. 3 der Arb.-Versorgg. von 1912 mitgeteilt haben.

Das Oberschiedsgericht, die oberste Instanz für die Rechtsprechung auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung, ist nunmehr errichtet worden; seine Geschäftsräume befinden sich in Berlin, Luisenstr. 33/34. Zum Vorsitzenden der neuen Behörde ist der Geheime Regierungsrat und vortragende Rat im Reichsamt des Innern, Professor Dr. jur. Laß genannt worden, als sein Stellvertreter der Geheime Regierungsrat und vortragende Rat im Reichsamt des Innern Siefart, beide früher Senatspräsidenten im Reichsversicherungsamt. Zu Beisitzern sind berufen: die Regierungsräte im Reichsversicherungsamt Dr. Mentzel, Dr. Lippmann, Fritz und von Zur Westen sowie die Kammergerichtsräte Hagen, Dr. Brand, Kläffel und Triebel.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Dringende Bitte!

In den bevorstehenden Ferienmonaten haben auch die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während dessen Anfragen an den Briefkasten nur in sehr dringenden Fällen zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Kein Erlöschen der freiwilligen Kassenmitgliedschaft durch Zahlungsverzug, wenn das Mitglied in den Irrtum versetzt worden ist, daß es nach § 54a KVG. beitragsfrei sei.

1. Nach Kassel. Antwort: Wir halten die Entscheidung für begründet. Allerdings erlischt die freiwillige Mitgliedschaft durch zweimalige Versäumung des Zahlungstermins, ohne daß es auf Verschulden des Säumigen ankommt (vgl. Arb.-Versorgg. 1912 S. 476 Ziff. 16). Anders aber muß die Sache beurteilt werden, wenn die Nichtzahlung durch das Verhalten der Kasse oder eines anderen, dessen sie sich bei Erfüllung ihrer Pflichten bedient, insbesondere des behandelnden Arztes, verschuldet ist. Wenn der Arzt die Klägerin nach ihrer Operation erst am 10. März, und zwar auf ihren Wunsch, gesund schrieb, ihre Erwerbsfähigkeit aber nunmehr auf den 19. Februar, den Tag nach seinem letzten Besuche, zurückdatierte, so hat er sie — wir hoffen, nur versehentlich — in dem Irrtum gelassen, daß sie noch erwerbsunfähig sei und daher ohne Beitragsleistung Mitglied bleibe (§ 54a KVG.). Daß dies Verhalten des Arztes, wie die Klägerin behauptet, auf einer Abmachung zwischen Kasse und Arzt beruhe, wollen wir nicht glauben. Es kommt auch darauf nicht an. Denn die Frage der Erwerbsunfähigkeit ist nicht nach dem subjektiven Befinden des Kranken, sondern danach zu beurteilen, ob er ohne Gefahr der Verschlimmerung seine Erwerbstätigkeit fortsetzen kann, und hierüber hat in erster Linie nicht der Kranke selbst, sondern der Arzt zu urteilen. Wenn daher der Arzt die Kranke in den Irrtum versetzt oder in dem Irrtum belassen, daß sie ihre Erwerbstätigkeit noch nicht aufnehmen könne, so würde es mit Treu und Glauben sowie mit den Zielen der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung unvereinbar sein, die Versicherte diesen Irrtum entgelten zu lassen und die Mitgliedschaft wegen Zahlungsverzugs als erloschen anzusehen, da die Versicherte doch annehmen durfte und mußte, daß sie nach § 54a KVG. von der Beitragspflicht befreit sei.

Anspruch auf ärztliche Behandlung trotz eigenmächtigen Verlassen des Kassenbezirks.

2. Nach Wernigerode. Antwort: Wir finden an unserer Auskunft S. 480 Ziff. 4 nichts zu ändern. Daß § 28 KVG. deshalb Platz greifen müsse, weil der als Mitglied Erkrankte bei Lösung des Arbeitsverhältnisses nicht erwerbsunfähig und folglich nicht außerstande gewesen sei, sich ein neues Arbeitsverhältnis zu verschaffen, ist eine höchst seltsame Annahme. Daß er nach Lösung des Arbeitsverhältnisses erwerbslos war, ist ganz gleichgültig gegenüber der Tatsache, daß er schon vorher erkrankt war; § 28 gilt nur für Unterstützungsfälle, die erst während der Erwerbslosigkeit eintreten. Das spätere Hinzutreten der Erwerbsunfähigkeit hat aber nicht die

Digitized by Google

Bedeutung eines selbständigen Unterstützungsfalles. Im übrigen steht lediglich das in Frage, ob die Kasse außerhalb ihres Bezirks zu leisten verpflichtet war. Dies bejahen wir aus den angegebenen Gründen mit Rücksicht auf die besondere Lage des Falles. Dann aber kann von Umgehung des Kassenarztes keine Rede sein, da die Kasse doch am Erfüllungsorte keinen Kassenarzt hatte. Daher kommt es auch darauf nicht an, ob der Fall dringlich war.

Strafandrohung für Uebertretung der Krankenordnung ist nicht auf Vorschriften zu beziehen, die nur in der Satzung stehen.

3. **Nach Elbing.** Antwort: Ihre Bemängelung der Entscheidung ist unbegründet. Die von dem Mitgliede übertretene Vorschrift, wonach das Krankengeld, wenn der Zahltag kein Werktag ist, am Tage vorher zu erheben ist, fehlt in der Krankenordnung und steht nur in der Satzung. Die Strafandrohung aber (§ 22 der Satzung) bezieht sich ausdrücklich nur auf die „durch Beschluß der Generalversammlung erlassenen Vorschriften usw.," d. h. auf besondere Vorschriften außerhalb der Satzung. Dies ergibt sich noch besonders klar aus § 7 der Krankenordnung, wonach Zuwiderhandlungen „gegen diese Vorschriften" Strafen nach sich ziehen.

Wird dem Rendanten einer ausgestalteten Ortskrankenkasse durch eine am 1. Januar 1914 in Kraft tretende Aenderung des Dienstvertrages Anrecht auf Ruhegehalt bewilligt, so ist Genehmigung des Oberversicherungsamts erforderlich.

4. **Nach W.** Antwort: Da sowohl die Gehaltserhöhung als auch die Bewilligung eines Ruhegehalts zwar noch unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes vereinbart sind, aber erst vom 1. Januar 1914 in Kraft treten sollen und ersichtlich den Zweck haben, der Kasse die Dienste des Rendanten auch für die zum Teil andersartigen und vor allem erhöhten Aufgaben zu sichern, welche der gemäß Art. 15 Einf.Gef. ausgestalteten Ortskrankenkasse obliegen werden, so handelt es sich um eine Maßnahme zur Durchführung des am 1. Januar 1914 in Kraft tretenden zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung. Deshalb sind hierbei schon jetzt die Vorschriften des neuen Rechts zu beachten (Art. 1 Einf.Gef.). Die Bewilligung des Ruhegehalts bedarf daher der Genehmigung des Oberversicherungsamts nach § 359 Abs. 1 RVO., obgleich diese Vorschrift im übrigen noch nicht gilt (vgl. Art. 38 Einf.Gef.). Bedenken gegen die Gültigkeit der Vereinbarung im Hinblick auf Art. 39 Einf.Gef. walten nach ihren Angaben ersichtlich nicht ob.

Erlöschen eines Anspruchs aus § 28 KVG. gegen die bisherige Kasse durch Eintritt in versicherungspflichtige Beschäftigung.

5. **Nach X.** Antwort: Einer eingehenden Begutachtung bedarf es in dieser Sache nicht, weil sie, wenn man von den Angaben der anfragenden Ortskrankenkasse ausgeht, ganz klar und zweifelsfrei liegt. Der Versicherte war vom 14. bis zum 16. Juni anscheinend ohne Beschäftigung, also erwerbslos; und wenn er verweislich in dieser Zeit erkrankt wäre, so würde ihm allerdings ein Anspruch gegen die Ortskrankenkasse erwachsen sein, falls im übrigen die Voraussetzungen des § 28 KVG. gegeben waren. Aber dieser Anspruch ist dadurch erledigt, daß der Versicherte am 17. Juni bei der Gewerkschaft in Arbeit getreten ist und dort $4^1/_2$ Tage hindurch gegen Lohn gearbeitet hat. Hiermit wurde seine Versicherung bei der knappschaftlichen Krankenkasse begründet, auch wenn er bei Uebernahme der Beschäftigung bereits krank und nur mit Gefahr der Verschlimmerung zu arbeiten imstande gewesen sein sollte; denn nur völlige Unfähigkeit zur Erwerbstätigkeit, die nicht über einen bloßen Arbeitsversuch hinausgeführt hat, schließt die Annahme eines ernstlichen Beschäftigungsverhältnisses und folglich die Begründung der Pflichtmitgliedschaft aus (vgl. die Entscheidungen des preuß. Oberverwaltungsgerichts in Arb.-Versorgg. 1905 S. 188, 1906 S. 379, 1911 S. 515). Davon kann keine Rede sein, wenn der Versicherte wirklich $4^1/_2$ Tage hindurch gegen einen Lohn beschäftigt worden ist, der für ihn von wirtschaftlicher Bedeutung war (vgl. preuß. Oberverwaltungsgericht bei Reger 30 S. 50). Mit dem Beginne der Pflichtversicherung bei der knappschaftlichen Krankenkasse erwarb der Versicherte den Anspruch auf ihre Leistungen (§ 26 Abs. 1, § 74 KVG.), und auf diese Kasse ging daher die Leistungspflicht selbst dann über, wenn der Versicherte schon beim Uebertritt zu ihr krank war und Anspruch auf die Leistungen der Ortskrankenkasse gehabt haben sollte (vgl. zahlreiche Entscheidungen in Arb.-Versorgg. 1898 S. 490, 1908 S. 331, 1909 S. 661, 1911 S. 36 usw.).

Festsetzung von Pauschvergütungen für die Mitglieder des Kassenvorstandes.

6. **Nach B.** Antwort: Die Festsetzung der Pauschbeträge für Zeitverlust der Vorstandsmitglieder bedarf nach § 21 Abs. 3 RVO. der Zustimmung des Oberversicherungsamts. Daher ist es nicht verständlich, was es bedeuten soll, daß demgegenüber der Vorstand „bei dem Beschluß der Generalversammlung beharrte". Er konnte nur, wenn er sich nicht fügen wollte, Beschwerde beim Reichsversicherungsamt erheben (§ 1793). Anderseits war das Oberversicherungsamt nicht befugt, seinerseits die Pauschbeträge abweichend festzusetzen. Er hat eben nur die Zustimmung zu erteilen oder zu versagen. Wird sie endgültig versagt, so ist die Folge lediglich die, daß überhaupt keine Pauschbeträge gelten, sondern nur der nachweislich entgangene Arbeitsverdienst zu erstatten ist (§ 21 Abs. 2).

Einen festen Geldbetrag als Unterstützung bei der Geburt eines Kindes dürfen Krankenkassen satzungsmäßig nicht vorsehen.

7. **Nach X.** Antwort: „Mitglieder, die nachweisen, daß ihnen ein Kind geboren ist, erhalten, sofern sie mindestens sechs Monate der Kasse angehören, eine einmalige Unterstützung von 18 M." Diese Satzungsvorschrift läßt sich durch keine Bestimmung des Krankenversicherungsgesetzes rechtfertigen (vgl. § 21 KVG.) und ist schlechthin ungültig.

Neues Entschädigungsverfahren nach rechtskräftiger Ablehnung der Ansprüche durch die Berufsgenossenschaft.

8. **Nach Marburg.** Frage: Vor etwa sieben Jahren verunglückte ein Steinbrucharbeiter dadurch tödlich, daß er beim Heben einer schweren Last einen Hirnschlag erlitt. Seine Witwe hat sich aus Unkenntnis und infolge Zuredens von nichtsachverständiger Seite einer weiteren Verfolgung ihrer Ansprüche gegenüber dem

Digitized by Google

Ablehnenden Bescheid der Berufsgenossenschaft enthalten. Ist ein Wiederaufnahmeverfahren möglich?

Antwort: Die Frau kann keine Ansprüche mehr stellen. Unkenntnis der gesetzlichen Bestimmungen und sonstige Unerfahrenheit sind keine Gründe für eine Wiederaufnahme des Verfahrens, abgesehen davon, daß sie nur innerhalb fünf Jahre nach Rechtskraft der Entscheidung beantragt werden kann. Auch eine Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wegen Verabsäumung der Berufungsfrist kommt nicht in Frage, da inzwischen mehr als ein Jahr vergangen ist, (§ 234 Abs. 3 ZPO.; bemerkt sei, daß jetzt nach § 132 Abs. 3 RVO. diese Frist zwei Jahre beträgt). Obwohl also ein formeller Anspruch auf Wiederaufnahme nicht besteht, so bleibt es der Berufsgenossenschaft doch unbenommen, ein neues Verfahren einzuleiten (vgl. Handbuch der Unfallversicherung Bd. I S. 498 unter 8). Die Witwe kann es daher mit einem dahingehenden Antrag versuchen.

Kündigung eines Arztvertrages im Hinblick auf die Reichsversicherungsordnung.

9. Nach Kaiserslautern. Antwort: Der § 15 des Arztvertrages lautet:

„Der Krankenkasse einerseits sowie den einzelnen Aerzten anderseits steht das Recht der halbjährlichen Kündigung (vom Tage der Kündigung an gerechnet) zu; sie hat schriftlich zu erfolgen.

Die Kündigung seitens der Kassenärzte ist jedoch nicht zulässig um andere Vertragsbedingungen zu erzielen, solange nicht eine Aenderung der Krankenkassenorganisation oder Stellung der Aerzte durch das Gesetz eintritt.

In diesem Falle tritt der Vertrag außer Kraft mit dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung."

Daß mit dem 1. Januar 1914 eine Aenderung der Krankenkassenorganisation auch in bezug auf Betriebskrankenkassen, die weiter bestehen bleiben, sowie eine Aenderung der Stellung der Aerzte eintritt, kann nicht zweifelhaft sein, da der Kreis der Versicherten, die der Betriebskrankenkasse angehören müssen oder können, durch die §§ 165 ff. RVO. nicht unwesentlich berührt, namentlich aber die Stellung der Aerzte gegenüber den Kassen durch die §§ 122, 123, 368–370 wesentlich beeinflußt wird. Daher trifft § 15 Abs. 2 und 3 des Vertrages an sich zu. Wir halten aber die Auslegung des Abs. 3 dahin, daß der Vertrag mit dem 1. Januar 1914 ohne Kündigung von selbst außer Kraft trete, für ganz unhaltbar. Abs. 2 spricht, wie Abs. 1, von der Kündigung und die Anknüpfung des Abs. 3 mit den Worten „In diesem Falle" läßt deutlich erkennen, daß auch in diesem Falle eine Kündigung vorausgesetzt ist. Aber während nach Abs. 1 an jedem beliebigen Tage mit halbjähriger Frist gekündigt werden kann, besagt Abs. 3, daß im Falle des Abs. 2 zwar auch (gemäß Abs. 1) mit halbjähriger Frist gekündigt werden kann, aber nur so, daß diese Frist mit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes abläuft. Der Vertrag mußte daher spätestens am 1. Juli 1913 gekündigt sein.

Kein neuer Unterstützungsfall bei Hinzutritt einer zweiten Krankheit.

10. Nach Duisburg. Antwort: Wenn zu einer bestehenden Krankheit eine neue hinzutritt, so wird dadurch kein neuer Unterstützungsfall begründet, mag auch jene vor der neuen geheilt werden. Demnach ist die 26wöchige Unterstützungsdauer von der ersten Erkrankung ab zu rechnen, und sie beginnt nicht etwa von neuem, nachdem die alte Krankheit geheilt worden ist (vgl. Hahn, Handb. der Krankenverf. Anm. 2 zu § 182 RVO.). Daher endete die Verpflichtung Ihrer Kasse mit dem Ablauf der ersten 26. Woche, es durften aber auch nach Fortfall der ersten Krankheit nicht etwa wieder die Karenztage für die Zahlung des Krankengeldes gerechnet werden.

Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, e. V.

Tagesordnung

der

XX. ordentlichen Mitgliederversammlung

vom 17. bis 20. August 1913.

1. **Bericht der geschäftsführenden Kasse.**
2. **Wohnungsfrage und Krankenversicherung.** Referent: Herr Dr. jur. Joh. Altenrath-Charlottenburg.
3. **Neue Gegner der Sozialversicherung.** Referent: Herr Rudolf Wissell-Berlin.
4. **Stand der neuen Organisation der Krankenkassen und deren Verhältnis zu Aerzten und Apothekern.** Referent: Herr Fräßdorf.
5. **Eingabe an den Bundesrat wegen Ausführung der §§ 517 und 518 RVO.** Berichterstatter: Herr Eichstädt-Weimar, Vorsitzender des Verbandes der Ortskrankenkassen Thüringens.
6. **Das Recht der Kassenvereinigungen und die Aufwendung von Kassenmitteln hierzu** (§§ 363 und 414 RVO.). Referent: Herr Justizrat Dr. Mayer-Frankenthal.
7. **Verhandlungen mit deutschen und österreichischen Badeverwaltungen wegen der Benutzung von Kurbädern für die dem Hauptverbande angehörenden Ortskrankenkassen.** Referent: Herr Albert Kohn-Berlin.
8. **Hinweis auf die Rezeptrevisionen für Ortskrankenkassen** durch Dr. med. Landmann in Oranienburg und Apotheker A. Koffka in Wilmersdorf-Berlin, Kaiser-Allee 170.
9. **Praktische Verwaltungsfragen.**
10. **Revision der Satzung und der Geschäftsordnung des Hauptverbandes.**
11. **Bestimmung des Ortes zur Abhaltung der nächstjährigen ordentlichen Mitgliederversammlung.**

Für die Redaktion verantwortlich: A. Trofchel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **21. August 1913.**

Redaktion:	**Nr. 24**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Einige Fragen aus dem Einspruchsverfahren nach §§ 1591 ff. RVO.

Von Regierungsassessor **Dr. Stempel** in Dresden.

Die Durchführung des Einspruchsverfahrens bei Feststellung der Leistungen der Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung hat sogleich Anlaß zu einer Reihe von Zweifeln gegeben. Ihre baldige Beseitigung ist um so erwünschter, als bei unrichtiger Auslegung der neuen Vorschriften dem Verfahren wenigstens zum Teil Mängel anhaften, die als „wesentliche" anzusehen sind und daher u. U. zu einer Wiederholung des Verfahrens führen können, jedenfalls aber eine unnötige Verzögerung zur Folge haben.

Es soll im folgenden versucht werden, zur Klärung einiger Fragen beizutragen. Wenn das Ergebnis der Untersuchungen nicht allenthalben dem Bestreben der Versicherungsämter, bei den sich häufenden neuen Aufgaben im Verfahren auf möglichste Kürzung hinzuwirken, entgegenkommt, so erscheint es doch im neuen Rechte begründet. Und wie aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes zu entnehmen ist, bezweckt die Erweiterung des Feststellungsverfahrens durch den Versicherungsträger, dem Einspruchsverfahren eine größere Bedeutung zu geben, als das bisherige Verfahren zwischen Vorbescheid und Bescheid hatte, gleichzeitig als Ausgleich für die Einschränkung des Rekurses. Von der Erweiterung des Verfahrens ist nun zu hoffen, daß sie den Berechtigten die gewünschten Vorteile bringt und zugleich einer Entlastung der höheren Instanzen von erfolgloser Rechtsmitteleinlegung dient.

1. § 1593 Abs. 1 RVO. lautet: „Der Berechtigte, der den Einspruch erhoben hat, ist vorzuladen."

a) Diese Vorschrift ist dahin zu verstehen, daß die Vorladung auf jeden Einspruch hin erfolgen muß. Es ist dagegen angeführt worden, man könne einen auf Vernehmung gerichteten Wunsch des Einsprechenden abwarten, erst wenn er geäußert werde, sei die Vorladung notwendig; andererseits hat man eine Vorladung für überflüssig bezeichnet, wenn der Einsprechende auf ein persönliches Gehör verzichtet habe. Beides dürfte aber dem Gesetze widersprechen. Bisheriges Recht und Begründung zum Entwurfe der Reichsversicherungsordnung kannten das Einspruchsverfahren nicht. Aus dem Berichte der Reichstagskommission, auf deren Beschlüsse das Einspruchsverfahren zurückzuführen ist, kann nichts für oder gegen die oben vertretene Ansicht entnommen werden. Die Vorschrift ist daher lediglich aus ihrer Fassung, ihrer Stellung in dem Abschnitte über den Einspruch und ihrem Zwecke zu erklären. Schon der Wortlaut der Vorschrift: „ist . . . . vorzuladen" nötigt zu der Auslegung, daß die Vorladung notwendig ist, wenn ein Einspruch — rechtzeitig — erhoben worden ist. Denn es ist die Form einer sog. Mußvorschrift gewählt worden, die zwingendes Recht schafft. Wer vorzuladen ist, ergibt sich aus der Vorschrift selbst: „der Berechtigte", d. h. soweit er geschäftsfähig ist,

Digitized by Google

sonst — sofern nicht ein Fall des § 1591 Abs. 3 RVO. (selbständiger Einspruch eines minderjährigen Berechtigten über 16 Jahre) vorliegt — sein gesetzlicher Vertreter.

Sodann fordert die Vorschrift im § 1592 Abs. 1 RVO., durch die als Folge rechtzeitigen Einspruchs das Recht auf persönliches Gehör des Berechtigten vor dem zuständigen Genossenschaftsorgan oder vor dem Versicherungsamt (je nach Bestimmung des ersteren oder Wahl des Berechtigten) begründet wird, eine Vorschrift darüber, wie der Berechtigte nach Erhebung des Einspruchs von der Stelle und dem Zeitpunkte Kenntnis erlangt, vor der und zu dem er vernommen werden soll. Eben dies bestimmt § 1593 Abs. 3 RVO. und bildet damit eine notwendige Ergänzung von § 1592 Abs. 1 RVO.

Weiter entspricht es auch der „Vernehmung", einer durch ihre Bezeichnung über die Form einer einfachen Aeußerung erhobene Art des Gehörs, die in jedem Falle des Einspruchs erfolgen soll, daß zu ihr „vorgeladen" wird. Damit nun eine solche Vernehmung in jedem Falle stattfinden kann, muß dementsprechend nach jedem Einspruch eine Vorladung erfolgen.

Endlich ergibt sich aus den Vorschriften über die Durchführung des Einspruchsverfahrens selbst, daß in jedem Falle eine Vorladung mit Terminsanberaumung vorangehen muß. Sie sind — dem beabsichtigten Regelfalle entsprechend — zunächst auf das Verfahren bei Vernehmung vor dem Versicherungsamte zugeschnitten, gelten aber entsprechend auch im anderen Falle. So beginnt § 1593 Abs. 2 RVO. — der die eine Möglichkeit des Nichterscheinens berücksichtigt —: „Erscheint er" — d. h. der nach § 1593 Abs. 1 RVO. vorzuladende Berechtigte — „in dem für seine Vernehmung angesetzten Termine nicht" . . . ., während die Vorschriften über das Verfahren bei Erscheinen des Berechtigten eingeleitet werden mit den Worten: „Erscheint der Vorgeladene . . . .", vgl. § 1594 Satz 1 RVO. Es wird also n beiden Fällen eine „Vorladung" vorausgesetzt; ist sie nicht erfolgt, so fehlt es an Vorschriften darüber, wie das Einspruchsverfahren weiter verlaufen soll.

b) Daß bei alledem mit der Vorladung kein Zwang zum Erscheinen zur Vernehmung verbunden ist, ergibt sich schon daraus, daß diese — d. i. die Vernehmung — nur erfolgen „soll", und daß § 1593 Abs. 2 RVO. ausdrücklich den Fall des Nichterscheinens regelt. Die Frage, ob mit der Ladung eine Anordnung des Berechtigten zum persönlichen Erscheinen verbunden werden kann, ist im Gesetze für das Einspruchsverfahren — auch das sog. qualifizierte Einspruchsverfahren der §§ 1600 ff. RVO., wo die Vernehmung mit der mündlichen Verhandlung verbunden werden kann — im Gegensatz zu § 1619 RVO. nicht beantwortet, der es für das vorbereitende Verfahren bei Feststellung der Leistungen aus dem Vierten Buche ausdrücklich gestattet. Jedoch ergibt sich aus § 26 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911, daß der Vorsitzende des Versicherungsamtes das persönliche Erscheinen „zu einer Beweiserhebung oder zum Zwecke einer solchen" anordnen kann. Diese im allgemeinen Teile der Ordnung des Verfahrens stehende Bestimmung gilt auch für das Einspruchsverfahren. Da aber die zum Zwecke des persönlichen Gehörs erfolgende Vernehmung nicht als eine Beweiserhebung angesehen werden kann — sondern nur zur Wahrung der Rechte des Berechtigten stattfindet —, ist die Zulässigkeit der Anordnung des persönlichen Erscheinens des Berechtigten lediglich zum Zwecke der Vernehmung gemäß §§ 1592, 1594 Satz 1 RVO. zu verneinen.

Das Gegenteil hiervon ist für das qualifizierte Einspruchsverfahren mit mündlicher Verhandlung auch aus § 40 Satz 3 a. a. O. nicht zu entnehmen, wo es heißt: „Bei der Anordnung des persönlichen Erscheinens einer Partei ist ihr zu eröffnen, daß ihr auf Verlangen bare Auslagen und Versäumnis vergütet werden (§ 1669 Abs. 1, 1789 RVO.) . . .". Denn § 40 regelt lediglich die bei den Ladungen zu beachtenden Förmlichkeiten; er ist also nur dann anzuwenden, wenn sich die Zulässigkeit der Anordnung des persönlichen Erscheinens selbst aus anderen gesetzlichen Vorschriften ergibt. Solche Vorschriften fehlen aber, wie schon ausgeführt, für das Einspruchsverfahren.

2. Von größerer Bedeutung sowohl für die Inanspruchnahme der Organe der Versicherungsträger und der Versicherungsämter, als

Digitized by Google

besonders für den Erfolg des Einspruchsverfahrens ist die Beantwortung der Frage, wer den Berechtigten nach § 1592 RVO. zu vernehmen hat.

Nach § 1592 RVO. erfolgt die Vernehmung vor dem zur Feststellung der Leistung berufenen Genossenschaftsorgane oder vor dem Versicherungsamte, dessen örtliche Zuständigkeit a. a. O. näher bestimmt ist, d. h.: die im §§ 1568 ff. RVO. aufgeführten Personen bzw. Personengruppen oder der Vorsitzende des Versicherungsamts bzw. sein Stellvertreter haben die Vernehmung vorzunehmen. Es kann daher nicht als ausreichend erachtet werden, wenn die Aussprache lediglich zu Protokoll einer damit allgemein oder im Einzelfalle betrauten anderen Person, z. B. des Geschäftsführers oder eines Kanzleibeamten, erklärt worden ist.

Schon die Fassung des Gesetzes ist jedenfalls in bewußtem Gegensatz zu § 70 GUVG. gewählt worden, durch den nur vorgeschrieben war, daß nach der Mitteilung der Unterlagen auf Antrag des Berechtigten dessen Aeußerung zu Protokoll der unteren Verwaltungsbehörde genommen werden mußte. Mit der Bezeichnung „Vernehmung vor . . ." hat zweifellos mehr als mit der „Aeußerung zu Protokoll" gesagt werden sollen.

Weiter bedeutet nach dem allgemeinen Sprachgebrauche „Vernehmung" eine Aeußerung von besonderer Wichtigkeit vor einer vernehmenden d. h. befragenden Person. Wird Vernehmung vor einer Behörde vorgeschrieben, so bedeutet dies nach den gleichen Grundsätzen eine Vernehmung, geleitet durch eine nach Gesetz, Verfassung und Geschäftsverteilung zur Vertretung der betr. Behörde berufenen Person. Dies sind in dem einen Falle die in den §§ 1568 ff. RVO. Aufgezählten, im anderen Falle nach § 39 RVO. der Vorsitzende des Versicherungsamts bzw. sein Stellvertreter. Während dieser die von ihm anzuordnenden Erörterungen verschiedener Art durch Hilfspersonen vornehmen lassen kann, ist er bei Vernehmungen, die vor dem Versicherungsamte erfolgen müssen, die allein zuständige Persönlichkeit.

Auch der Wortlaut der §§ 1594 Satz 2 und 1598 RVO. drängt zu dieser Auffassung. Denn danach hat die zur Vernehmung berufene Stelle auf tunlichst genaue und vollständige Anführung der für die Feststellung erheblichen Tatsachen und auf Angabe von Beweismitteln hinzuwirken. Erscheinen hierzu der Vorsitzende des Versicherungsamts bzw. sein Stellvertreter — andrerseits die zur Feststellung zuständigen Vertreter der berufsgenossenschaftlichen Organe allein berufen, so läßt sich der Rückschluß ziehen, daß sie auch die Vernehmung zu leiten haben. Und § 1598 schreibt vor: Findet die Vernehmung vor dem Versicherungsamte statt, so kann es sich auch zur Sache äußern. Ist unter „Versicherungsamt" und „es" zweifellos dieselbe Stelle zu verstehen, so folgt aus dem unbestrittenen Grundsatze, daß die „Aeußerung" nur von dem gesetzmäßigen Vertreter des Versicherungsamts abgegeben werden kann, daß auch die Vernehmung des Berechtigten ihm obliegt.

Diese Auslegung allein entspricht auch der Bedeutung, die dem Einspruchsverfahren zukommt. Sie findet zudem eine wesentliche und unzweideutige Stütze in einer Reihe von Erklärungen von Mitgliedern der Reichstagskommission, denen von seiten der Regierung nicht widersprochen worden ist. Von ihnen seien wenigstens die wichtigsten hier angeführt, die sich durchgängig auf das Versicherungsamt beziehen, weil ja die Vernehmung vor ihm als Regelfall gedacht ist, während sogar bei der Beratung von verschiedenen Seiten beabsichtigt war, lediglich die Vernehmung vor dem Versicherungsamte zuzulassen.

Der Antragsteller der neuen Vorschriften wünschte nach dem Berichte der Kommission einen Ausbau des Vorverfahrens, und zwar durch Ermöglichung einer mündlichen Vernehmung des Verletzten vor dem Versicherungsamtmanne und die Aufnahme eines Protokolls darüber, in welchem der Versicherungsamtmann sich zu dem Inhalt der Vernehmung zu äußern habe (Komm.Ber. 6. Teil S. 80 Abs. 3). Zu dem im wesentlichen ins Gesetz übergegangenen Antrage äußerte sich ein anderes Mitglied dahin, daß die Einführung des Einspruchsverfahrens eine Verbesserung insofern bringe, als dem Versicherten das Recht zustehen solle, zu verlangen, vor dem Versicherungsamtmanne vernommen zu werden (Komm.Ber. 6. Teil S. 95 Abs. 2). Weiter wurde geltend gemacht, daß zwischen dem bisherigen und dem zukünftigen Einspruchsverfahren ein fundamentaler Unter-

Digitized by Google

schied bestehe. In dem bisherigen Verfahren habe es sich um das Recht des Versicherten, eine Gegenvorstellung an die Berufsgenossenschaft gegen ihren Bescheid zu richten, gehandelt, jetzt aber solle dem Versicherten ein rechtlicher Anspruch gewährt werden, mündlich vor dem Versicherungsamtmanne gehört zu werden und alles, was zu seinen Gunsten anzuführen sei, persönlich geltend zu machen. Dadurch erhalte der Versicherungsamtmann Gelegenheit, sich persönlich von der Sachlage zu überzeugen und sich gutachtlich dazu zu äußern (Komm.Ber. 6. Teil S. 97 Abs. 3). Ein Mitglied endlich, das beantragte, die Zulässigkeit der Vernehmung vor dem Genossenschaftsorgane zu beseitigen, äußerte sich im übrigen: Der Verletzte könne jetzt verlangen, vor dem Versicherungsamtmanne gehört zu werden. Nach seinem Vorschlage seien überhaupt alle Vernehmungen vom Versicherungsamtmann vorzunehmen, der zum Vorteil der Sache dadurch eine große Routine erhalten werde (Komm.Ber. 6. Teil S. 209 Abs. 3).

Alles dies führt also notwendig zu dem Schlusse, daß die Befragung eines Einspruchserhebenden zu Protokoll z. B. eines Kanzleibeamten ohne Mitwirkung der ordentlichen Vertreter des Versicherungsamts bzw. des Genossenschaftsorgans als Vernehmung des Berechtigten in Ausübung seines Rechts auf persönliches Gehör ungenügend ist und somit einen wesentlichen Mangel des Verfahrens darstellt. Daß nicht auch die Niederschrift von dem Vernehmenden erfolgen muß, sondern von einem Protokollanten erfolgen kann, ist selbstverständlich.

3. § 1592 RVO. schreibt in Abs. 1 Satz 5 vor, daß dem Berechtigten, wenn er vor dem Genossenschaftsorgane vernommen wird, bare Auslagen und Versäumnis vergütet werden. Da eine gleiche Vorschrift für die Vernehmung vor dem Versicherungsamte nicht besteht, sind in solchem Falle die dem erscheinenden Berechtigten entstandenen Auslagen und Versäumnis nicht zu ersetzen. Denn auch aus einer anderen Vorschrift der Reichsversicherungsordnung oder der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 läßt sich für den Berechtigten ein solcher Anspruch nicht herleiten. Hiermit stimmt die Erklärung eines Vertreters der verbündeten Regierungen überein, daß ein Anspruch auf Erstattung von Reisekosten und Versäumnis nicht zu geben sei, wenn der Berechtigte vor dem Versicherungsamte vernommen werde. Denn es sei allgemeiner Verwaltungsgrundsatz, daß derjenige, der zur Wahrung seiner Rechte vor einer Behörde erscheine, seine Unkosten nicht ersetzt erhalte. Auch könne für eine regelmäßig so unbedeutende Reise, wie zum nächstgelegenen Versicherungsamte, von einem Ersatze der Unkosten abgesehen werden, ohne den Versicherten unbillig zu beschweren (Komm.Ber. 6. Teil S. 111, 2. Abs.). Ein Erstattungsanspruch bei Vernehmungen vor dem Versicherungsamte ist also bewußtermaßen ausgeschlossen worden.

Daß § 26 bzw. § 40 der genannten Verordnung vom 24. Dezember 1911 keine Handhabe bieten kann, diese Absicht des Gesetzgebers zu umgehen, ist schon oben angedeutet; denn eine Anordnung zum persönlichen Erscheinen, die allein nach § 26 a. a. O. einen Erstattungsanspruch hinsichtlich Reisekosten und Versäumnis begründen würde, ist nur zulässig, insoweit es sich darum handelt, daß der Berechtigte zu einer Beweisaufnahme oder zum Zwecke einer solchen — worunter aber das persönliche Gehör nach § 1592 RVO. nicht fällt — erscheinen soll.

Daß lediglich wegen der Kostenerstattungspflicht die Versicherungsträger in fast allen Fällen bestimmen werden, daß die Vernehmung vor dem Versicherungsamte stattfinden soll, ist wohl kaum zu erwarten. Sollte dies aber doch eintreten, so wäre dem kaum etwas Wesentliches entgegenzuhalten, da jedenfalls größeres Gewicht auf die Durchführung des Einspruchsverfahrens vor dem Versicherungsamte, als auf die vor dem Berufsgenossenschaftsorgane gelegt werden muß. Das geht ohne weiteres daraus hervor, daß der Berechtigte in jedem Falle beantragen kann, vor dem Versicherungsamte vernommen zu werden, und daß bei Aenderung von Dauerrenten das Einspruchsverfahren stets vor dem Versicherungsamte durchzuführen ist. Gerade in der Mitwirkung der unbeteiligten Stelle, des Versicherungsamts, beim Feststellungsverfahren dürfte der Wert des Einspruchsverfahrens als Ausgleich für die Einschränkung des Rekurses zu suchen sein.

Digitized by Google

Zur Anwendung des § 1445 Abs. 3 RVO.

Von Oberregierungsrat **Kobler** in München.

Die Bestimmung des § 1445 Abs. 3 RVO. über die Unanfechtbarkeit der Beitragsleistung nach Ablauf von zehn Jahren ist der Gegenstand mehrerer grundsätzlicher Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes und lebhafter Erörterungen in Literatur und Rechtsanwendung.

Der gesetzlichen Bestimmung unterliegen nicht bloß die Ansprüche, auf welche Art. 79 Einf.Ges. RVO. anzuwenden ist, sondern auch die seit dem 1. Januar 1912 erhobenen Ansprüche. An der rückwirkenden Kraft ist nicht zu zweifeln, da durch die Einführung der Schutzbestimmung die nahezu unerträglichen Verhältnisse des früheren Rechtszustandes beseitigt worden sind (vgl. Weymann, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung S. 634, Rev.Entsch. 1660 Amtl. Nachr. 1912 S. 1194 und insbes. 1195).

Durch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes sind ja bereits verschiedene Fragen endgiltig beantwortet. Doch scheinen, wie wahrzunehmen ist, noch immer erhebliche Zweifel über die Wirkung des Schutzes älterer Marken auf die nicht mehr geschützten Beiträge zu bestehen. Insbesondere seit der Veröffentlichung der grundsätzlichen Entscheidung 1660 (Amtl. Nachr. 1912 S. 1194) kann man der Ansicht begegnen, daß in solchen Fällen, in denen sich die seit Beginn der Markenverwendung bestehenden tatsächlichen Verhältnisse nicht geändert haben, auch über die Schutzfrist des § 1445 Abs. 3 hinaus die Versicherungspflicht des Arbeitsverhältnisses oder das Recht zur Selbstversicherung nicht angezweifelt werden dürfe.

Eine derartige Auffassung dürfte aber weder mit dem Gesetze noch mit der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes im Einklang stehen; sie wird nur auf eine mißverständliche Deutung des Vordrucks der Rev.Entsch. 1660 zurückzuführen sein.

Das Reichsversicherungsamt hat sich stets auf den Standpunkt gestellt, daß die geschützten Marken als Pflichtbeiträge oder als Selbstversicherungsbeiträge gelten und geeignet seien, das Recht der Weiterversicherung oder der Fortsetzung der Selbstversicherung zu begründen, sowie daß nicht geprüft werden dürfe, ob überhaupt ein Rechtsgrund zur Verwendung der geschützten Marken vorgelegen habe und unter Umständen nur geprüft werden könne, ob die geschützten Marken als auf Grund der Pflicht- oder Selbstversicherung und die ungeschützten Marken als auf Grund der Weiterversicherung oder der Fortsetzung der Selbstversicherung verwendet zu gelten haben. Hierbei ist das Reichsversicherungsamt von der Annahme ausgegangen, daß die durch Zeitablauf nicht geschützten Marken als giltig behandelt werden müssen, weil sonst in der Regel ein Erlöschen der Anwartschaft herbeigeführt und dadurch die Anwendung des § 1445 Abs. 3 in offenbarem Gegensatz zur Absicht des Gesetzgebers auf seltene Ausnahmefälle beschränkt werden würde. Es hat aber ausdrücklich festgestellt, daß das Wesen der Vorschrift als einer Ausnahmevorschrift jede weitere Ausdehnung des Schutzes verbiete (Rev.Entsch. 1637 Amtl. Nachr. 1912 S. 938).

In den Fällen der Rev.Entsch. 1600, 1637 und 1660 lagen mehr als hundert geschützte Marken vor; im Falle der Rev.Entsch. 1601 handelte es sich um ein unzweifelhaftes Recht zur Selbstversicherung, bei dem nur die ersten Beiträge im Widerspruch mit dem Grundsatze der Entscheidung 1006 Amtl. Nachr. 1902 S. 549 verwendet worden waren. Wenn nun durch die Bestimmung des § 1445 Abs. 3 weniger als hundert Marken geschützt werden, so ist in jedem einzelnen Falle wegen des Nachweises der Erfüllung der Wartezeit zu prüfen, ob von den nicht geschützten Marken die fehlende Zahl gemäß § 1278 RVO. auf Grund der Versicherungspflicht oder gemäß § 1279 auf Grund der Versicherungspflicht oder der Selbstversicherung geleistet worden ist. In solchen Fällen reicht eben die Annahme, daß die Marken auf Grund der Weiterversicherung oder der Fortsetzung der Selbstversicherung entrichtet worden seien, zur Begründung des Rentenanspruchs nicht aus. Diese Prüfung ist auch dann vorzunehmen, wenn das Verhältnis, auf dessen Grund die geschützten Bei-

Digitized by Google

träge geleistet worden sind, über die Schutzfrist hinaus fortdauert. Der Ausschluß der Anfechtung beschränkt sich auf die Beitragsleistung als solche und erfaßt nicht das ihr zugrunde liegende Verhältnis. Das hat das Reichsversicherungsamt für den Zeitraum anerkannt, der vor der Markenverwendung liegt (Rev.Entsch. 1637); es muß in gleicher Weise auch für die Zeit gelten, die auf die Schutzfrist folgt. Wenn dann bei der Prüfung des der Markenverwendung zugrunde liegenden Verhältnisses sich herausstellt, daß Versicherungspflicht bzw. das Recht zur Selbstversicherung nicht vorlag, so müssen zwar die geschützten Marken auf die Wartezeit angerechnet werden, die Wartezeit selbst ist aber trotzdem nicht erfüllt, weil es an der durch das Gesetz erforderten Zahl von hundert dazu geeigneten Marken fehlt.

Die Anfechtung selbst kann nur durch eine Erklärung gegenüber dem Versicherten erfolgen (Rev.Entsch. 1637). Ueber den Inhalt dieser Erklärung hat sich das Reichsversicherungsamt nicht endgiltig ausgesprochen. Es hat in der Rev.Entsch. 1601 (Amtl. Nachr. 1912 S. 681) insbesondere unentschieden gelassen, ob es genüge, wenn in einem Schreiben der Versicherungsanstalt die Giltigkeit der Beiträge in Zweifel gezogen sei. Diese Frage wird wohl verneint werden müssen: anzweifeln ist nicht anfechten. Im großen und ganzen wird man sich an die Begriffsbestimmung halten können, welche für die Anfechtung im Bürgerlichen Recht (vgl. §§ 143 ff. BGB.) allgemein anerkannt ist und als solche jede Erklärung des Berechtigten betrachten müssen, welche unter Angabe des Grundes unzweideutig die Absicht ergibt, die Markenverwendung unwirksam zu machen.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Recht der Versicherungsträger auf Akteneinsicht und Anspruch auf Rechtshilfe.

Bescheid des **Reichsversicherungsamts** vom 19. März 1913.

Das Recht, die Akten des Oberversicherungsamts einzusehen, ist für die Zeit des Schwebens eines Verfahrens bis zur Rechtskraft der ergehenden Entscheidung in § 22 der Kaiserl. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911 (ebenso in § 36 der Kaiserl. Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter) für alle Beteiligten entsprechend der bisherigen Rechtsübung des Reichsversicherungsamts und dem § 299 ZPO. geregelt. Die Beteiligten können danach — vorbehaltlich der Vorschriften im § 1607 Abs. 2, 1631 Abs. 2, 1653 Abs. 2 RVO. — einmal Einsicht in die Akten nehmen und ferner sich daraus gegen Erstattung der Kosten Ausfertigungen, Auszüge und Abschriften erteilen lassen. Diese beiden Befugnisse können auch miteinander verbunden ausgeübt werden. Ebenso ist grundsätzlich nichts dagegen einzuwenden, daß die Beteiligten sich bei der Einsichtnahme Auszüge und Abschriften selbst fertigen. Ein allgemeines Recht, die Verabfolgung der Akten in die Wohnung oder in die Geschäftsräume oder die Uebersendung der Akten zu verlangen, ist dagegen nicht anerkannt. Hierüber hat, wie bisher (zu vgl. Handb. der Unfallversf. Bd. 1 S. 594, Anm. 4 zu § 9 der Kaiserl. Verordnung vom 22. November 1900), allein der Vorsitzende nach pflichtmäßigem Ermessen zu entscheiden, der dabei ebenso auf die Interessen der ihm unterstellten Behörde wie auf die berechtigten Wünsche der Parteien Rücksicht zu nehmen, andererseits aber auch zu erwägen haben wird, daß eine Uebersendung der Akten an die eine Partei das Recht des Gegners oder der sonstigen Beteiligten auf Einsichtnahme der Akten oder auf Erteilung von Abschriften beeinträchtigen kann. Allgemeine Anweisungen darüber, wie dabei die möglicherweise einander widerstreitenden Interessen der Beteiligten in billiger Weise auszugleichen sind, werden sich nicht treffen lassen.

Ein weitergehendes allgemeines Recht der Versicherungsträger, die Uebersendung der Akten des Oberversicherungsamts zu verlangen, besteht nicht. Die Frage ist für alle „Beteiligten", zu denen naturgemäß auch die beklagten Versicherungsträger gehören, einheitlich und erschöpfend in § 22 a. a. O. geregelt. Daraus ergibt sich, daß auch aus der Vorschrift des § 115 RVO. ein solches weitergehendes Recht nicht abgeleitet werden kann, abgesehen davon, daß die Rechtshilfe sich begrifflich nur auf solche Amtshandlungen bezieht, welche die ersuchende Stelle aus örtlichen oder sachlichen Gründen nicht selbst ausüben kann.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Stellungnahme der preußischen Behörden zu den Zulassungsanträgen der Ortskrankenkassen.

a) Entscheidung des **preußischen Ministers für Handel und Gewerbe** vom 14. Juli 1913;

b) Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 29. Mai 1913;

c) Entscheidung des **preußischen Ministers für Handel und Gewerbe** vom 11. Juli 1913.

Die Stellung der preußischen Behörden, insbesondere der obersten Verwaltungsbehörde, zu den Zulassungsanträgen der Ortskrankenkassen wird durch die vorbezeichneten drei Entscheidungen, deren wörtlichen Inhalt wir im folgenden mitteilen, in einigen wichtigen Beziehungen beleuchtet.

Die Entscheidung zu a betrifft die Ortskrankenkassen in Köln, die, infolge von Eingemeindungen, je nur einen Teil des jetzigen Gemeindebezirks Stadt Köln umfassen. Sie hatten in erster Linie Ausgestaltung zur allgemeinen Ortskrankenkasse je für ihren Bezirk, ev. Zulassung als besondere Ortskrankenkassen beantragt, wurden aber vom Oberversicherungsamt ablehnend beschieden — mit Ausnahme von zwei Fällen (zu vgl. hier S. 474) — und erhielten auf Beschwerde an den Minister folgenden, in allen gleichartigen Fällen gleichlautenden Bescheid:

a)

Die Beschwerde gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamtes vom 22. April d. J. weise ich als unbegründet zurück.

Nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung können die für jeden Teil des Bezirks eines Versicherungsamtes erforderlichen allgemeinen Ortskrankenkassen entweder in der Weise geschaffen werden, daß vorhandene gemeinsame Ortskrankenkassen nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. ausgestaltet werden, oder daß der Gemeindeverband eine neue allgemeine Ortskrankenkasse errichtet. Macht der Gemeindeverband von diesem Rechte Gebrauch, so unterliegt sein Beschluß weder einer Genehmigung der Versicherungsbehörden, noch ist er durch die Beteiligten im Rechtsmittelwege anfechtbar. Zur Ausführung des Beschlusses ist dafür zu sorgen, daß die neuerrichtete allgemeine Ortskrankenkasse in allen Teilen ihres Bezirks gleichmäßig so leistungsfähig gestaltet wird, daß sie ihrer Aufgabe, die maßgebende Ortskrankenkasse nicht nur hinsichtlich der Zahl ihrer Mitglieder, sondern auch hinsichtlich der Höhe ihrer Leistungen zu sein, unbedingt nachkommen kann. Die Ausgestaltung der dortigen Ortskrankenkasse, die für einen Teil des Bezirks der neuen allgemeinen Ortskrankenkasse errichtet ist, zur allgemeinen Ortskrankenkasse für diesen Bezirksteil kommt danach überhaupt nicht mehr in Frage, da sie der allgemeinen Ortskrankenkasse alle Mitglieder entziehen und dadurch den Beschluß des Gemeindeverbandes für diesen Teil des Gemeindebezirks praktisch unwirksam machen würde. Einer Entscheidung nach Art. 20 Einf.Ges. z. RVO. bedarf es in diesem Falle nicht, ebensowenig ist den Beteiligten das Rechtsmittel der Beschwerde gegen die Mitteilung gegeben, daß der Ausgestaltungsantrag auf diese Weise gegenstandslos geworden ist.

Die dortige Ortskrankenkasse kann aber auch als besondere Ortskrankenkasse nicht zugelassen werden, da sie für alle nach dem Krankenversicherungsgesetz Versicherungspflichtigen besteht. Der neuerrichteten allgemeinen Ortskrankenkasse würden daher nur die wenigen durch die Reichsversicherungsordnung der Versicherungspflicht neu unterstellten Personen angehören, während die den Kern der Versicherungspflichtigen ausmachenden gewerblichen Arbeiter der besonderen Ortskrankenkasse angehören würden. Dadurch würde der Bestand und die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse für diesen Bezirksteil gefährdet.

Wie über die Organisation des Kassenwesens in Köln (S. 474), so haben wir auch über die künftige Gestaltung der Ortskrankenkassen in Berlin bereits berichtet (S. 500). Wir teilen im folgenden den vollen Wortlaut des ablehnenden Bescheides des Oberversicherungsamts in einem besonders charakteristischen Falle, ferner den Wortlaut der dagegen erhobenen Beschwerde und schließlich den Bescheid des Ministers mit.

b)

Die Ortskrankenkasse für das Bierbrauergewerbe zu Berlin wird als besondere Ortskrankenkasse nicht zugelassen.

Die Kasse, die bereits vor dem Jahre 1884 bestanden hat, umfaßt nach dem Durchschnitt der letzten drei Kalenderjahre 6202 Mitglieder. Sie verfügt über einen Reservefonds von 323 618 M., der die bestimmungsgemäße Höhe von 322 105 M. überschreitet. Sie läßt bei einer Beitragserhebung von $3^1/_2$ und $4\,\%$ des durchschnittlichen Tagelohns ihren Mitgliedern Leistungen zukommen, die über die gesetzlich vorgeschriebenen wesentlich hinausgehen, z. B. Krankengeld bis zur Dauer von 52 Wochen für jeden Kalendertag. Auch ist anzuerkennen, daß die Verwaltung der Kasse eine vorzügliche ist.

Würden hiernach gegen die dauernde Leistungsfähigkeit der Kasse an sich keine Bedenken bestehen, so muß die Kasse doch auf Grund des § 240 Ziff. 2 RVO. von der Zulassung ausgeschlossen werden.

Für den Bezirk des Versicherungsamts Berlin soll mit Genehmigung des Oberversicherungsamts

Digitized by Google

die vorhandene Allgemeine Ortskrankenkasse zu einer allgemeinen Ortskrankenkasse gemäß Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. ausgestaltet werden. Ihr fällt die Aufgabe zu, vom 1. Januar 1914 ab den Pflichten, die das Gesetz den allgemeinen Ortskrankenkassen auferlegt, in einer der Bedeutung ihres Sitzes entsprechenden Weise gerecht zu werden. Die Kasse zählt nach dem Durchschnitt der letzten drei Jahre 86 835 Mitglieder. Diese Zahl ist zu gering im Verhältnis zur Gesamtzahl der ortskrankenkassenpflichtigen Personen Berlins — etwa 600 000 —. Die Kasse umfaßt ferner zurzeit nur solche Berufszweige und Versicherte, für die nicht besondere Krankenkassen bestehen. Die gesetzmäßige Höhe des Reservefonds ist nicht erreicht. Die Leistungen beschränken sich bei einem Kassenbeitrag von $3^3/_4$ % des durchschnittlichen Tagelohns im wesentlichen auf die Mindestleistungen des Gesetzes und werden von anderen bestehenden Ortskrankenkassen des Bezirks weit übertroffen. Bei Berücksichtigung der örtlichen Verhältnisse ist es hiernach ausgeschlossen, daß die Kasse in ihrer jetzigen Zusammensetzung den Anforderungen der Reichsversicherungsordnung genügen kann. Es ist eine zwingende Notwendigkeit, durch Erhöhung der Mitgliederzahl und durch Zuführung von guten Versicherungsrisiken eine gesicherte Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse zu schaffen und einer Gefährdung der Leistungsfähigkeit für die Zukunft vorzubeugen. Dies kann nur durch Nichtzulassung einer größeren Zahl von anderen leistungsfähigen Ortskrankenkassen geschehen. Das Oberversicherungsamt hat in freiem Ermessen angenommen, daß die Ortskrankenkasse für das Bierbrauergewerbe zu denjenigen Kassen gehört, deren Fortbestand die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse des Bezirks gefährden würde.

In der Beschwerde an den Minister führte die Krankenkasse folgendes aus:

Der ablehnende Bescheid ist nur gestützt auf § 240 Ziff. 2 RVO., indem das Oberversicherungsamt annimmt:

1. daß die nach Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges. auszugestaltende allgemeine Ortskrankenkasse „in ihrer jetzigen Zusammensetzung" den Anforderungen der Reichsversicherungsordnung nicht genügen könne und daß es daher geboten sei, durch Erhöhung der Mitgliederzahl und durch Zuführung von guten Versicherungsrisiken eine gesicherte Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse zu schaffen und einer Gefährdung der Leistungsfähigkeit für die Zukunft vorzubeugen;

2. daß „nach freiem Ermessen" die Ortskrankenkasse für das Bierbrauergewerbe zu den Kassen gehöre, deren Fortbestand die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse des Bezirks gefährden würde.

Im Punkt 1 ist diese Begründung von einer Rechtsverkennung und von einer unzulänglichen und unzutreffenden Würdigung tatsächlicher Verhältnisse beherrscht. Eine Rechtsverkennung liegt darin, daß das Oberversicherungsamt nur die ‚jetzige Zusammensetzung' der auszugestaltenden Kasse in Betracht zieht und nicht beachtet, daß ihr kraft Gesetzes der große Kreis von Personen als Mitglieder zufallen wird, die durch die Reichsversicherungsordnung neu in die Versicherung einbezogen werden. Ferner wird ein großer Teil der jetzt bestehenden besonderen Ortskrankenkassen, deren Uebergang teils auf Antrag der Kassen selbst, teils aus anderen Gründen mit der allgemeinen Ortskrankenkasse vereinigt, so daß für diese eine Mitgliederzahl schätzungsweise von 300 000 Versicherten anzunehmen ist.

So unsicher diese Schätzung sein mag, so ist doch ohne weiteres klar, daß die grundlegende Erwägung des Oberversicherungsamtes verfehlt ist. Die allgemeine Ortskrankenkasse wird schon allein durch ihre Mitgliederzahl alle anderen Kassen erheblich überragen und auch, was die Leistungen betrifft, vorbildlich wirken können. Das setzt nicht voraus, daß keine andere Kasse des Bezirks bessere Leistungen biete, sondern nur, daß die allgemeine Ortskrankenkasse, entsprechend ihrer führenden Bedeutung, auch wünschenswerte Mehrleistungen zu gewähren in der Lage ist; und hierzu wird sie unter allen Umständen imstande sein. Wenn sie, wie der Bescheid des Oberversicherungsamts hervorhebt, gegenwärtig nur geringe Mehrleistungen bietet und ihre Rücklage die gebotene Höhe nicht erreicht, so ist zu beachten, daß die Beiträge nur $3^3/_4$ % betragen. Das Gesetz gibt aber die Möglichkeit, zur Einführung weiterer Mehrleistungen die Beiträge bis auf $4^1/_2$ % zu erhöhen (vgl. §§ 386 ff.), und man wird annehmen dürfen, daß zunächst von diesem Mittel zur Steigerung der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse Gebrauch gemacht wird, ehe zu dem Mittel der Schließung leistungsfähiger Krankenkassen gegriffen wird, um auf Kosten anderer die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse zu erhöhen. Durch Erhöhung der Beiträge würde sich diese Kasse in den Stand setzen, so wesentlich bessere Leistungen als bisher zu bieten, daß von einer Gefährdung ihrer Leistungsfähigkeit durch das Fortbestehen besonderer Ortskrankenkassen ernstlich nicht die Rede sein kann.

Zu Punkt 2: Wollte man, entgegen den vorstehenden Ausführungen, mit dem Oberversicherungsamt annehmen, daß zur Sicherung der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse überhaupt irgendwelchen bestehenden Ortskrankenkassen die Zulassung versagt werden muß, so fehlt doch jede Begründung dafür, daß gerade auch die Ortskrankenkasse für das Bierbrauergewerbe zu denjenigen Kassen gehöre, deren Fortbestand die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse gefährden würde. Der Bescheid des Oberversicherungsamts begnügt sich in dieser Hinsicht mit der Bemerkung, daß dies nach „freiem Ermessen" angenommen worden sei. Es mag sein, daß insoweit der Versicherungsbehörde ein freies Ermessen zusteht; darunter darf aber nicht ein freies Belieben, sondern nur eine erkennbar von pflichtmäßigen Erwägungen der Zweckmäßigkeit und Billigkeit getragene Entschließung verstanden werden. Da der Bescheid über solche Erwägungen schlechthin nichts erkennbar macht, so entbehrt er in diesem wesentlichen Punkte der erforderlichen Begründung und beeinträchtigt dadurch das Beschwerderecht der Kasse, weil sie nicht in der Lage ist, die maßgebenden Erwägungen zu widerlegen, wenn sie ihr nicht einmal angedeutet werden. Schon aus diesem Grunde müßte der Bescheid aufgehoben werden, wenn die Ausführungen zu Punkt 1 nicht hinreichen sollten, die erste und grundlegende Erwägung des Oberversicherungsamts zu widerlegen. Einstweilen sieht sich die Kasse, beim Mangel der Angabe von Gründen für die Auswahl der von der Zulassung auszuschließenden Kassen, auf Vermutungen darüber angewiesen, weshalb gerade

Digitized by Google

sie mit zu denjenigen Kassen gehören muß, die im Interesse der Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse der Schließung verfallen müssen. In dieser peinlichen Lage kann die Kasse nur annehmen, daß gerade ihre im Eingange des Bescheides festgestellten Vorzüge für die Nichtzulassung bestimmend gewesen sein könnten, um der allgemeinen Ortskrankenkasse mit den 6200 guten Versicherungsrisiken zugleich gemäß § 303 RVO. den beträchtlichen Reservefonds von 323618 M. zuzuführen. Dies aber wäre eine kommunistische Erwägung, die im Gesetze nicht die Spur einer Rechtfertigung fände und in bedenklicher Weise gegen die Billigkeit verstieße. Die Kasse besteht seit dem Jahre 1873. Sie erfüllt in vorbildlicher Weise — unter „vorzüglicher" Verwaltung, wie der Bescheid anerkennt — die Aufgabe, die Berufsgenossen eines klar abgegrenzten Gewerbszweiges zu gemeinsamer Versicherung zusammenzufassen, die Versicherten und ihre Arbeitgeber zu gemeinsamer Arbeit in bestem Einvernehmen zu vereinigen, in ihnen das Gefühl der Zusammengehörigkeit zu pflegen und dadurch zugleich eine moralische Wirkung auf die Mitglieder auszuüben. Die Mitglieder und ihre Arbeitgeber haben in diesen langen Jahren durch besonnene Wirtschaft ein Kassenvermögen zusammengebracht, das den Versicherten für die absehbare Zukunft die Weitergewährung der gegenwärtigen hohen Leistungen sichert. Es würde sich ihrer eine begreifliche und berechtigte Erregung bemächtigen, wenn sie, durch Schließung der ihnen vertrauten, altbewährten Einrichtung und durch Ueberführung in die allgemeine Ortskrankenkasse, der erheblichen besonderen Vorteile verlustig gingen; und zugleich ist zu besorgen, daß diese Maßnahme in weiten Kreisen das Vertrauen zur Beständigkeit und Verläßlichkeit staatlicher oder doch unter staatlichem Schutze geschaffener Einrichtungen erschüttert würde. Wenn irgendwo, so handelt es sich hier um eine Kasseneinrichtung, an deren Erhaltung nicht nur ein privates, sondern auch ein öffentliches Interesse besteht.

Ferner ist noch darauf hinzuweisen, daß die Absicht, der allgemeinen Ortskrankenkasse ungefähr 6200 gute Versicherungsrisiken zuzuführen, kaum zur Hälfte verwirklicht werden würde. Der Ortskrankenkasse für das Bierbrauergewerbe gehören zum Teil große Betriebe an, die zusammen über die Hälfte der Mitglieder beschäftigen. Die Unternehmer dieser Betriebe, u. a. die Schultheiß-Brauerei mit ihren ca. 1600 Versicherten, haben bestimmt in Aussicht genommen, im Falle der Schließung der Kasse sofort zur Errichtung von Betriebskrankenkassen für ihre Betriebe zu schreiten. Diese Absicht würde nicht wegen angeblicher Gefährdung der allgemeinen Ortskrankenkasse vereitelt werden können; denn nach ausdrücklicher Vorschrift des Gesetzes gilt eine Kasse nicht als gefährdet, wenn sie nach Errichtung der Betriebskrankenkassen mehr als 1000 Mitglieder behält (§ 248 Ziff. 1 Halbsatz 2 RVO.). Der Erfolg würde also sein, daß die allgemeine Ortskrankenkasse durch die Nichtzulassung der Brauerkasse nur etwa 3000 Mitglieder gewinnen würde; und es kann gewiß nicht ernstlich behauptet werden, daß der Abgang dieser 3000 Mitglieder die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse, der eine Zahl von mehr als 300000 Mitgliedern sicher ist, gefährden würde.

Dem unterzeichneten Vorsitzenden unseres Vorstandes ist anderseits von den Großbetrieben die Zusicherung gemacht worden, daß von der Errichtung von Betriebskrankenkassen Abstand genommen wird, wenn unsere Kasse als besondere Ortskrankenkasse zugelassen wird.

Mit Rücksicht darauf, daß infolge der höheren Temperaturunterschiede in den untergärigen Brauereibetrieben die Erkrankungsgefahr größer ist, als in den Brauereien, welche obergäriges Bier herstellen, was durch unsere Statistiken in den einzelnen Jahresberichten nachgewiesen wird, haben wir mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde schon seit dem Jahre 1905 einen Gefahrentarif eingeführt, der die Beiträge für die Versicherten aus den obergärigen Betrieben um ½ % des ortsüblichen Tagelohns gegen die Versicherten der untergärigen Brauereien herabsetzt. Dieser Beschluß wurde seinerzeit von sämtlichen Beteiligten, Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowohl der unter- als obergärigen Brauereien gefaßt.

Bei einem Uebergang unserer Kasse an die allgemeine Ortskrankenkasse würde wohl ohne weiteres diese ausgleichende Gerechtigkeit in Fortfall kommen.

Schließlich sei auch darauf hingewiesen, daß unsere Krankenkasse in enger Fühlung mit der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft steht und das Verhältnis dieser beiden Versicherungsträger zueinander das denkbar günstigste ist, so daß z. B. die Uebernahme des Heilverfahrens nach § 76 c des alten KVG. seitens der Berufsgenossenschaft wohl bei keiner Kasse so entwickelt ist zur beiderseitigen Befriedigung, wie bei der unserigen. Für die Folge ist auch schon in der Ausübung des § 1513 der neuen RVO. eine Vereinbarung getroffen, welche geeignet erscheint, die erhebliche Neubelastung, die der zitierte Paragraph für die Krankenkassen bei intensiver Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften mit sich bringt, für unsere Kasse zu mildern.

Aus vorstehend ausgeführten Gründen beantragen Aufhebung der Eingangs zitierten Verfügung des Oberversicherungsamtes und Zulassnng unserer Kasse als besondere Ortskrankenkasse.

Hierauf erging die folgende Entscheidung des Ministers:

c)

Die Beschwerde gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts vom 23. Mai d. J. weise ich als unbegründet zurück, da die Zulassung der Ortskrankenkasse für das Bierbrauergewerbe aus zutreffenden Gründen versagt worden ist.

Anmerkung der Redaktion: Was in der Entscheidung zu a) über die Ausgestaltungsanträge gesagt ist, ist einwandsfrei. Aus dem zweiten Teil ist zunächst bemerkenswert, daß die Zulassungsfähigkeit solcher Kassen, die alle bisher Versicherungspflichtigen umfassen, als besondere Ortskrankenkassen an sich nicht in Zweifel gezogen ist, was mit der von uns wiederholt vertretenen Auffassung übereinstimmt (vgl. z. B 1911 S. 648 Ziff. 17, 672 Ziff. 12 und Hahn das. S. 718). Dagegen ist angenommen worden, daß eine solche Kasse deshalb nicht zugelassen werden kann, weil sie die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Ortskrankenkasse, der alsdann nur die durch die Reichsversicherungsordnung neu in die Versicherung Einbezogenen verbleiben würden, gefährden würde. Gegen diese Annahme wäre nichts einzuwenden, wenn sie auf einer Würdigung der besonderen Verhältnisse des einzelnen Falles beruhte. Es ist schon von Hahn (Handb. der Krankenversf. S. 332 Anm. 1a zu § 239 RVO.) darauf hingewiesen worden, daß eine bestehende Ortskrankenkasse, „je umfassender ihr Wirkungskreis ist, um so eher den Bestand oder die Leistungsfähigkeit der allgemeinen Orts- und der Landkrankenkasse gefährden und deshalb die Voraussetzungen ihrer Zulassung nicht erfüllen wird (§ 240 Ziff 2, § 242)". Der preußische Minister scheint aber, nach anderen gleichartigen Entscheidungen zu schließen, diesen nur je nach Umständen zutreffenden Erwägungsgrund zu einem allgemeingültigen Prinzip erhoben zu haben, da er auf die besonderen Verhältnisse des Kassenbezirks nicht eingeht, und dies ist ein Fehler. Denn schlechthin unter allen Umständen als ausgeschlossen kann es nicht gelten, daß eine Kasse, die nur die neu in die Krankenversicherung einbezogenen Berufskreise umfassen würde, bestehen und,

Digitized by Google

unter Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse eben dieser Kreise, hinreichend leistungsfähig sein könnte.

Weit bedenklicher indessen erscheinen die Entscheidungen in dem Berliner Falle. Das Oberversicherungsamt hatte die peinliche Aufgabe, einer „vorzüglich" verwalteten Kasse von etwas über 6000 Mitgliedern die Zulassung wegen Gefährdung der allgemeinen Ortskrankenkasse, deren Mitgliederkreis nach hunderttausenden zählen wird, zu versagen. Es hat sich dieser Aufgabe schlecht und recht erledigt und sich um eine Begründung bemüht, die, so bedenklich und lückenhaft sie ist, doch wenigstens den Schein des Rechts wahrt. In der Beschwerde aber waren die Fehler und Lücken der Begründung deutlich aufgezeigt. Da ging es nicht an, daß der abweisende Bescheid des Ministers in einem kurzen, schneidend kalten Satze lediglich auf die „zutreffenden Gründe" der Vorentscheidung verweist. Daß der Bescheid einer weiteren Anfechtung nicht unterliegt, machte ein Eingehen auf das neue Vorbringen der Kasse nicht entbehrlich. Daß dies Vorbringen nicht eines Wortes gewürdigt wurde, kann leicht in weiten Kreisen den bedauerlichen Eindruck hervorrufen, hier stehe eben pro ratione voluntas!

Und noch eins ist in dem Berliner Falle höchst auffällig. Warum hat man denn zur Ausgestaltung nach Art. 15 Abs. 2 Einf.Ges., in klarem Widerspruch mit der Absicht des Gesetzes, gerade eine Kasse erkoren, deren Schwäche in dem Bescheide des Oberversicherungsamts mit so rührender Offenheit enthüllt ist? Warum ist die Ausgestaltung genehmigt worden? Dadurch erst hat man die Möglichkeit geschaffen, zu sagen: diese Kasse, die als „maßgebende" vorbildlich für die anderen Kassen des Bezirks sein soll, könne diese Aufgabe nicht erfüllen und sei gefährdet, wenn ihr nicht durch Schließung anderer Kassen „gute Versicherungsrisiken" (und natürlich auch die wohlgefüllten Reservefonds!) zugeführt werden.

Voraussetzungen des Inkrafttretens einer Verordnung. Nichtigkeit der Entscheidung einer sachlich unzuständigen Verwaltungsbehörde.

Entscheidung des **Badischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 18. März 1913.

Nach § 83 Abs. 1 der Verordg. des Großh. Ministeriums des Innern vom 31. Dezember 1912, den Vollzug der Reichsversicherungsordnung hinsichtlich der Versicherungsbehörden und der Unfallversicherung betr., werden die Aufgaben, die auf dem Gebiete der Krankenversicherung den unteren Verwaltungsbehörden und den Aufsichtsbehörden der Krankenkassen obliegen, für die Zeit, bis die Vorschriften des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung in Kraft treten, den Vorsitzenden der Versicherungsämter übertragen. Gemäß Abs. 2 waren die Sachen, die bei Gemeindebehörden oder Bürgermeistern als den bisherigen Aufsichtsbehörden anhängig waren, am 1. Januar 1913 in der Lage, in der sie sich befanden, an die Vorsitzenden der Versicherungsämter abzugeben und von diesen zu erledigen. Diese Bestimmungen finden in Ziff. I der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 24. Juni 1912 betreffend die vom Bundesrat auf Grund des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. erlassenen Ausführungsbestimmungen zur Reichsversicherungsordnung ihre Grundlage. Hiernach ist bei Streitigkeiten nach § 58 KVG. während der Uebergangszeit — vgl. Art. 4 der Kaiserl. Verordnung betr. die Inkraftsetzung von Vorschriften der Reichsversicherungsordnung vom 5. Juli 1912 — der Vorsitzende des Versicherungsamts in gleicher Weise zur Entscheidung berufen, wie bisher die Aufsichtsbehörde der Krankenkasse, während für die weiteren Rechtsmittel nicht die Instanzen der Reichsversicherungsordnung in Betracht kommen, vielmehr die früheren Instanzen zuständig bleiben. Der Verwaltungsgerichtshof ist daher zur Entscheidung über die vorliegende sich auf § 58 KVG. stützende Klage an sich zuständig und hat bei der gegebenen Rechtslage zunächst zu der Frage Stellung zu nehmen, welche rechtliche Bedeutung dem Umstand beizumessen ist, daß die angefochtene Entscheidung vom 4. Januar 1913 noch von dem Bürgermeisteramt als Aufsichtsbehörde erlassen worden ist. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß das Bürgermeisteramt zur Erlassung der angefochtenen Entscheidung sachlich nicht mehr zuständig war. Im § 85 Abs. 1 der obengenannten Verordnung des Großh. Ministeriums des Innern ist nämlich bestimmt, daß ihre Bestimmungen mit dem 1. Januar 1913 in Kraft treten. Daß eine Verordnung verbindliche Kraft erhält, setzt gemäß Art. 1 Ausf.Ges. z. BGB. in Verbindung mit der Landesherrl. Verordnung vom 11. November 1899 in der Fassung vom 24. Dezember 1910 allerdings weiter voraus, daß sie vor dem Tage, den sie selbst als Zeitpunkt ihres Inkrafttretens bestimmt, mittels des Gesetzes und Verordnungsblatts verkündet worden ist; diesem Erfordernis ist entsprochen, denn das Gesetzes- und Verordnungsblatt Nr. 59 des Jahres 1912, das die Verordnung enthält, bezeichnet als Ausgabetag den „31. Dezember 1912". An dem Inkrafttreten der genannten Verordnung am 1. Januar 1913 kann der Umstand nichts ändern, daß die betreffende Nummer des Gesetzes- und Verordnungsblatts nach der Erklärung des Bürgermeisteramts erst am 6. Januar 1913 bei dieser Stelle eingekommen ist, denn die verbindliche Kraft einer Verordnung ist nicht davon abhängig, daß sie an den einzelnen Orten des Großherzogtums bekannt geworden ist. Vgl. Dorner, Ausf.Ges. z. BGB. Anm. I—IV zu Art. 1.

Die Entscheidung einer sachlich unzuständigen Verwaltungsbehörde kann eine rechtliche Wirkung nicht erzeugen; sie ist nichtig und bedarf an sich nicht der Aufhebung; sie kann ohne weiteres von jeder Privatperson und von jeder Behörde ignoriert werden; die Rechtslage ist trotz der Entscheidung so, als ob diese nicht erlassen worden wäre. Von diesem Gesichtspunkte aus müßte allerdings die Einlegung eines Rechtsmittels gegen eine von einer

Digitized by Google

sachlich unzuständigen Behörde erlassene Entscheidung als unzulässig erklärt werden, da das Rechtsmittel die Aufhebung eines Verwaltungsakts bezweckt, der als gar nicht vorhanden gilt. Andererseits ist nicht zu verkennen, daß im Interesse der Rechtssicherheit das Bedürfnis besteht, das allerdings nicht notwendige Rechtsmittel gegen einen nichtigen Verwaltungsakt doch für zulässig zu erklären. Es handelt sich dann um eine Feststellungsklage auf Nichtbestehen eines Verwaltungsakts, die voraussetzt, daß ein rechtliches Interesse auf Feststellung vorliegt. Die angegangene Behörde darf also in Fällen dieser Art nicht in der Hauptsache entscheiden, sondern muß sich auf die formelle Aufhebung der angefochtenen Entscheidung beschränken. Im vorliegenden Falle fehlt es an einer von der zuständigen Behörde erlassenen Vorentscheidung, so daß der Gerichtshof materiell nicht über die Klage entscheiden kann. Dagegen muß anerkannt werden, daß die Klägerin ein berechtigtes Interesse daran hat, daß die Nichtigkeit der angefochtenen Entscheidung festgestellt wird. Die Erhebung der Klage wäre allerdings nicht unbedingt notwendig gewesen, vielmehr hätte sich die Klägerin darauf beschränken können, bei dem Vorsitzenden des Versicherungsamts den Antrag zu stellen, daß er unter Nichtbeachtung der Entscheidung des Bürgermeisteramts seinerseits eine Entscheidung über ihren Anspruch erläßt, allein es wäre bei Einhaltung des letzteren Verfahrens mit Rücksicht auf die Neuheit der durch die Reichsversicherungsordnung und die hierzu gehörigen Übergangsbestimmungen geschaffenen Organisation Weiterungen nicht ausgeschlossen gewesen. Mit der Aufhebung der angefochtenen Entscheidung wird für die künftige Behandlung der Sache eine sichere Rechtslage geschaffen. Es hat nunmehr der Vorsitzende des Versicherungsamts über die von der Klägerin erhobene Beschwerde Entscheidung zu treffen. Vgl. Kormann, Das System der rechtsgeschäftlichen Staatsakte S. 204/207, 247, 251/252, 261/262; W. Jellinek, Der fehlerhafte Staatsakt und seine Wirkungen S. 45/46, 54/56, 93/95; Entsch. d. Preuß. OVG. Bd. 31, 428.

Geltungsbeginn einer Satzungsänderung.

Urt. des **Amtsgerichts** in **Düsseldorf** v. 20. März 1913.

Der Beklagte ist seit 1904 Mitglied der klagenden Krankenkasse. Im Juli 1911 erlitt er einen Schlaganfall, der ihn, voraussichtlich für immer, erwerbsunfähig machte. Die Kasse gewährte ihm Krankenunterstützung, die sie aber nach Ablauf der 35. Woche einstellte, da der Beklagte inzwischen von der Landesversicherungsanstalt als Invalide anerkannt worden war, und da die Klägerin infolgedessen annahm, eine Krankheit im Sinne des Gesetzes bestehe nicht mehr. Später erkannte sie ihre Unterstützungspflicht für die Dauer von 39 Wochen an. Der Beklagte begehrte aber darüber hinaus bis zum Ablauf der 52. Woche Krankenunterstützung, indem er sich auf den die Unterstützungspflicht der Klägerin erweiternden VII. Nachtrag zu deren Statut berief. Dieser Nachtrag ist am 8. Juli 1911 von der Aufsichtsbehörde genehmigt und am 21. Juli 1911 mit der Genehmigung versehen der Klägerin übersandt worden. Da die Klägerin den Anspruch des Beklagten nicht anerkannte, so erwirkte dieser am 10. Juni 1912 eine Entscheidung des Oberbürgermeisters, durch die die Klägerin für verpflichtet erklärt wurde, dem Beklagten die volle statutenmäßige Krankenunterstützung bis zur Dauer von 52 Wochen zu gewähren.

Gegen diese Entscheidung hat die Kasse beim Amtsgericht Klage erhoben mit der Begründung: Der Beklagte habe nach dem Inhalte der Statuten, die zur Zeit des Eintritts seines Unterstützungsfalles in Kraft gewesen seien, nur Anspruch auf eine Krankenunterstützung von 39 Wochen gehabt; der VII. Nachtrag der Statuten, durch den ihre Unterstützungspflicht erweitert worden sei, sei erst nach dem Eintritt des Unterstützungsfalles des Beklagten in Kraft getreten.

Der Beklagte erwiderte: Sein Anspruch sei schon nach § 16 der alten Statuten gerechtfertigt, da ihm nach dieser Bestimmung im ersten Jahre eine Unterstützung von 39 Wochen, im zweiten Jahre eine weitere Unterstützung von 13 Wochen zustehe. Es kämen ihm aber auch die Vorteile zugute, die der VII. Nachtrag der Statuten gebracht habe, da er den Schlaganfall am 17. Juli 1911 erlitten habe, zu einer Zeit also, als der VII. Nachtrag des Statuts bereits genehmigt worden, damit aber auch in Kraft getreten sei.

Das Amtsgericht hob die Entscheidung der Aufsichtsbehörde auf und wies die Klage ab.

Aus den Gründen:

§ 16 der alten Statuten, der sich in seinem Wortlaute an § 6a Ziff. 3 KVG. anschließt, bezieht sich offenbar nur auf rückfällige Kranke, die also während einer gewissen Zeit zwischen dem ersten und zweiten Unterstützungsfall weder krank noch erwerbsunfähig gewesen sein dürfen (vgl. Hahn, Kommentar zum KVG. 4. Aufl. S. 90 ff.). Daß aber der Beklagte keinen Rückfall erlitten haben kann, ist offenbar, da er nach seiner eigenen Einlassung seit dem Schlaganfall seine Erwerbsunfähigkeit nicht wieder erlangt hat.

Der Anspruch des Beklagten wäre daher nur dann begründet, wenn der VII. Nachtrag der Statuten für seinen Unterstützungsfall Geltung hätte. Dies darf nicht etwa schon deshalb angenommen werden, weil die Klägerin ihm zunächst nur für 35 Wochen Krankenunterstützung gewährt hat und sich erst später dazu verstanden hat, ihm noch für vier weitere Wochen die Unterstützung zu bezahlen, denn es blieb derselbe erste Unterstützungsfall, für den sie die Unterstützung später weiter gewährte.

Es ist ferner davon auszugehen, daß der VII. Nachtrag der Statuten jedenfalls nicht vor dem 21. Juli 1911 in Kraft treten konnte. Denn vor diesem Tage, an dem er mit der Genehmigung des Bezirksausschusses versehene Statutennachtrag der Klägerin amtlich mitgeteilt worden ist, war der Bezirksausschuß an seine Genehmigung noch nicht gebunden; vorher waren die Organe der

Digitized by Google

Klägerin auch nicht in der Lage, nach den Bestimmungen des Statutennachtrages zu verfahren (vgl. die Entsch. des OVG. vom 9. Januar 1909, abgedruckt in der „Arb.-Versorgg." 1912 S. 288). Sollte die Klägerin auch bereits vor der amtlichen Mitteilung unter der Hand von der Genehmigung ihres Statutennachtrages erfahren haben, so würden doch damit die soeben erwähnten Wirkungen nicht eingetreten sein. Der vom Beklagten der Klägerin zugeschobene Eid, der sich in Anbetracht der amtlichen Auskunft des Regierungspräsidenten vom 13. Februar 1913 nur darauf beziehen kann, daß die Klägerin von der Genehmigung unter der Hand erfahren hätte, ist daher unerheblich.

Zu der Zeit, als der Statutennachtrag in Kraft trat, hatte der Unterstützungsantrag des Beklagten, der mit dessen Schlaganfall zur Entstehung gelangte, durch die Bestimmungen des alten Statuts schon seine bestimmte rechtliche Gestaltung erfahren. Der Statutennachtrag konnte in der Art und dem Umfange des Unterstützungsanspruches des Beklagten nur dann etwas ändern, wenn er rückwirkende Kraft hatte. Daß ihm zum Vorteile des Beklagten rückwirkende Kraft hätte beigelegt werden können, ist nach § 26a Abs. III KVG. nicht zu bezweifeln. Er enthält aber nichts, woraus geschlossen werden könnte, daß ihm eine solche Wirkung beigelegt werden sollte.

Es ist aber nicht anzunehmen, daß ihm diese Wirkung ohne weiteres zukäme, denn es muß für die Statuten, die nichts anderes sind, als ein auf einen bestimmten Kreis von Menschen und auf bestimmte Lebensbeziehungen dieser Menschen beschränktes Gesetz, dasselbe gelten, wie für die allgemeinen Gesetze. Diese haben aber, wie allgemein anerkannt wird, grundsätzlich keine rückwirkende Kraft (vgl. Windscheid, Lehrbuch des Pandektenrechts, 8. Aufl. Bd. I S. 109; ferner Hahn, Kommentar z. KVG., 4. Aufl. S. 169 Anm. 12 zu § 26a). Der Klageantrag war daher gerechtfertigt.

C. Zur Unfallversicherung.

Versicherungsrechtliche Stellung des Chauffeurs eines Bauunternehmers.

Nach einem Urteile des **Reichsgerichts**, 3. Zivilsenats vom 23. Mai 1913.

Der Chauffeur, der zur Lenkung eines Automobils angestellt ist, das dazu benutzt wird, einen Bauunternehmer zu den Baustellen und von diesen zurückzubringen, ist nicht als Betriebsbeamter oder Techniker im Sinne des § 1 Abs. 2 BUVG. (§§ 544, 546 RVO.) anzusehen, er ist auch nicht ein bei der Ausführung der Bauarbeiten beschäftigter Arbeiter.

Als Betriebsbeamter oder Techniker kann er überhaupt nicht in Frage kommen. Beiden liegt die Beaufsichtigung des technischen Betriebes, der Bauarbeiter und der Tätigkeit der im Baubetriebe beschäftigten Personen ob; von einer Beteiligung des Chauffeurs an der Betriebsleitung oder von einer Aufsichtsstellung kann keine Rede sein. Der Chauffeur ist aber auch nicht den bei der Ausführung der Bauarbeiten beschäftigten Arbeitern zuzurechnen. Auszugehen ist nicht von dem Begriff des Baugewerbsunternehmens, wie solches nach § 2 HGB. beim Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen der Eintragungspflicht der Firma des Unternehmers in das Handelsregister unterliegt, sondern von dem Baubetriebe, der an einer bestimmten, räumlich abgegrenzten Baustätte, „dem Banne des Betriebes mit der besonderen Betriebsgefahr" stattfindet. Der Baubetrieb selbst ist der Inbegriff aller derjenigen Tätigkeiten, welche innerhalb der Betriebsstätte zur Errichtung des Baus unmittelbar oder mittelbar erforderlich sind. Zu der mittelbar erforderlichen Tätigkeit — nur sie könnte beim Kläger überhaupt in Frage kommen — gehören diejenigen Nebentätigkeiten, welche zur Vorbereitung, zur Durchführung oder zum Abschluß der Betriebsarbeit selbst erforderlich sind. An dieser nahen Beziehung der Tätigkeit des Chauffeurs zum Baubetriebe fehlte es jedoch im vorliegenden Falle. Das Automobil wird nicht für den eigentlichen Baubetrieb der Baustätte verwandt, insbesondere dient es nicht dazu, den Unternehmer auf den verschiedenen Stellen der Baustätte selbst umherzufahren, so daß der Chauffeur Fahrten im Banne des Betriebes selbst ausführte; vielmehr dient das Automobil und die Tätigkeit des Chauffeurs nur dazu, den Unternehmer zu den Baustellen und von den Baustellen zu befördern, damit dieser seiner Aufsicht des Betriebes auf den Baustellen genügen könne. Die Ausübung der Beaufsichtigung des Baubetriebes gehört an sich mit zu den mit dem Baubetriebe verknüpften Tätigkeiten. Soweit der Unternehmer selbst diese Tätigkeit ausübt, fällt sie nicht unter das Bauunfall-Versicherungsgesetz, da der Unternehmer selbst zu den nach dem Gesetz versicherten Personen nicht gehört. Das würde jedoch nicht ausschließen, daß der Chauffeur, wenn er bei dieser Tätigkeit des Unternehmers mitwirkte, seinerseits

Digitized by Google

als mit einer zum Baubetriebe gehörenden Tätigkeit beschäftigter Arbeiter anzusehen wäre. Aber der Erfüllung der Aufsichtstätigkeit des Unternehmers dient die Tätigkeit des Chauffeurs überhaupt nicht. Sie erleichtert dem Unternehmer die Ausübung der Aufsicht nur insofern, als sie es ihm ermöglicht, schneller von einer Baustelle zur anderen zu gelangen. Der Unternehmer verläßt das Automobil vor dem Banne des Betriebes, und der Chauffeur erwartet außerhalb der Betriebsstätte die Rückkunft des Unternehmers. Eine derartige Tätigkeit des Chauffeurs steht zu dem eigentlichen Baubetriebe mit seinen besonderen Betriebsgefahren in so entfernten Beziehungen, daß sie nicht einmal mehr zu den Nebentätigkeiten im Baubetriebe zu rechnen ist.

(„Recht" 1913, Entsch. Nr. 1992.)

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bezug einer Knappschaftspension gilt als Ersatztatsache im Sinne des § 46 Abs. 2 Nr. 2 JVG. (§ 1281 Nr. 2 RVO.) auch dann, wenn die Pension vor dem 1. Januar 1891 bewilligt und demnach ihre Ermäßigung um die Reichsrente unzulässig ist (§ 52 Abs. 1 JVG., § 1321 Abs. 2 RVO.).

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. Juni 1912.

Zu Bedenken Anlaß gibt die Feststellung des Schiedsgerichts, daß mangels Markenverwendung in den Jahren 1893—1905 die Anwartschaft aus den ersten beiden Quittungskarten, deren letzte am 21. April 1892 ausgestellt ist und eine Markenverwendung bis zum 1. März 1893 nachweist, erloschen und deshalb die Wartezeit nicht erfüllt sei. Das Schiedsgericht hat den Inhalt der Akten des S. Knappschaftsvereins nicht beachtet, wonach der Kläger seit dem 1. Juli 1874, insbesondere also in der Zeit vom 1. März 1893 bis zum Frühjahr 1905, während deren die Markenverwendung unterblieben ist, eine Knappschaftspension bezogen hat, und es hat demzufolge nicht geprüft, ob nicht mit Rücksicht darauf die den Verlust der Anwartschaft ausschließenden Vorschriften des § 37 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes vom 22. Juni 1889 und des § 46 Abs. 2 Nr. 2 JVG. vom 13. Juli 1899 hier Anwendung zu finden haben. Der Vorstand der Beklagten glaubt allerdings mit Rücksicht auf den Schlußsatz der Vorschrift im § 52 Abs. 1 JVG., daß die Anwendbarkeit jener Vorschriften bei solchen Knappschaftspensionen zu verneinen sei, die schon vor dem 1. Januar 1891 — dem Tage des Inkrafttretens des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes — bewilligt waren. Diese Ansicht ist aber unzutreffend. Nach dem angeführten § 52 Abs. 1 JVG. sind Fabrikkassen, Knappschaftskassen, Seemannskassen und ähnliche Einrichtungen, welche ihren nach den reichsgesetzlichen Vorschriften versicherten Mitgliedern für den Fall des Alters oder der Erwerbsunfähigkeit Renten oder Kapitalien gewähren, berechtigt, diese Unterstützungen für solche Personen, welche auf Grund der reichsgesetzlichen Vorschriften einen Anspruch auf Invaliden- oder Altersrenten haben, um den Wert der letzteren oder um einen geringeren Betrag zu ermäßigen, sofern gleichzeitig die Beiträge der Betriebsunternehmer und Kassenmitglieder oder im Falle der Zustimmung der Betriebsunternehmer wenigstens die Beiträge der Kassenmitglieder in entsprechendem Verhältnis herabgemindert werden. Nach dem Schlußsatz dieser Vorschrift erstreckt sich die Befugnis zu einer derartigen Ermäßigung nicht auf solche statutenmäßigen Kassenleistungen, welche vor dem 1. Januar 1891 bewilligt worden sind. Diese Vorschriften des Invalidenversicherungsgesetzes, denen jetzt § 1321 Abs. 1 und 2 RVO. entspricht, finden sich bereits ungefähr gleichlautend in dem § 36 Abs. 1 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes. Dort folgte unmittelbar darauf im § 37 die weitere Vorschrift, daß für Personen, welche aus Kassen der in § 36 bezeichneten Art Invaliden- oder Altersrenten beziehen, das Erlöschen des Versicherungsverhältnisses nicht eintrete. Bei einem derartigen, äußerlich in die Erscheinung tretenden Zusammenhange liegt in der Tat zunächst die Annahme nahe, daß die Aufrechterhaltung der Anwartschaft nach § 37 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes nur bei dem Bezuge solcher Pensionen Platz greifen solle, die nach § 36 ermäßigt werden konnten, d. h. die erst nach dem 1. Januar 1891 bewilligt waren. Unterstützt werden könnte diese Auffassung dadurch, daß der Reichstag den § 37 erst bei der zweiten Beratung auf Antrag des Abgeordneten Freiherrn von Stumm dem Gesetz in der ausgesprochenen Absicht eingefügt hat, in erster Linie eine Schutzvorschrift für die Knappschaftskassen zu schaffen; zu deren Gunsten sollte die Anwartschaft der Pensionsempfänger aufrecht erhalten werden, damit bei dem späteren Hinzutreten der Reichsinvalidität zu der Berufsinvalidität der Pensionsempfänger auch noch die reichsgesetzlichen Renten festgesetzt und um deren ganzen oder teilweisen Betrag die von den Knappschaftskassen bewilligten Pensionen ermäßigt werden könnten (zu vgl. Bosse und von Woedtke, Kommentar zum Invaliditäts- und Altersver-

Digitized by Google

sicherungsgesetz Anm. 1 zu § 37; auch Revisionsentscheidung 1249 vorletzter Absatz, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1906 S. 282). Der Inhalt des § 37 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes reicht indessen über den vom Gesetzgeber zunächst verfolgten Zweck hinaus; dies erhellt schon daraus, daß die Aufrechterhaltung der Anwartschaft nach der Fassung des § 37 auch dann eintritt, wenn die beteiligte Kasse von der ihr nach § 46 zustehenden Berechtigung, die Anrechnung der Invaliden- und Altersrenten auf die Pension einzuführen, keinen Gebrauch gemacht hat, wenn also die Vorschrift lediglich zum Vorteil der Versicherten ausschlägt (zu vgl. die vorstehende Revisionsentscheidung 1694). Wenn aber die Vorschrift des § 37 solche Pensionsempfänger miterfaßt, denen die Kassen die satzungsmäßigen Leistungen nicht kürzen wollen, so ist nicht abzusehen, warum die Vorschrift nicht auch solche Pensionsempfänger erfassen sollte, denen die Kassen die satzungsmäßigen Leistungen nicht kürzen können. Jedenfalls läßt der Wortlaut des § 37 eine unterschiedliche Behandlung und somit eine Einschränkung seiner Anwendbarkeit auf die Empfänger der nach dem 1. Januar 1891 bewilligten Pensionen nicht zu. Die dargelegten Erwägungen hinsichtlich des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes treffen auf die entsprechenden Vorschriften im Invalidenversicherungsgesetz und in der Reichsversicherungsordnung um so mehr zu, als in diesen Gesetzen die unmittelbare Aufeinanderfolge der betreffenden Paragraphen und somit der äußere Zusammenhang aufgegeben sind und die Vorschriften sich sogar in verschiedenen Unterabschnitten wiederfinden (§§ 36 und 37 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes einerseits, § 46 Abs. 2 Nr. 2 und § 52 IVG. bzw. § 1281 Nr. 2 und § 1321 RVO. anderseits), und als ferner in diesen Gesetzen mit der hier behandelten Schutzvorschrift eine weitere, ausschließlich den Versicherten zugute kommende neue Schutzvorschrift verbunden ist, wonach auch der Bezug einer Unfallteilrente von mindestens 20 % den Verlust der Anwartschaft hintanzuhalten vermag (zu vgl. Kommentar von Hanow-Lehmann Anm. 2 zu § 1281 RVO.).

Da hiernach der § 37 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes (§ 46 Abs. 2 Nr. 2 IVG. (§ 1281 Nr. 2 RVO.) nicht in dem von der Beklagten angeregten einschränkenden Sinne ausgelegt werden dürfen, so kann durch den Bezug der Knappschaftspension auch im vorliegenden Falle die Anwartschaft gewahrt sein. Die Nichtbeachtung der rechtserheblichen Tatsache des Bezugs der Knappschaftspension und die Verkennung der Rechtslage durch das Schiedsgericht mußten nach § 116 Abs. 3 Nr. 1 IVG. (Art. 85 Einf.Ges. z. RVO.) die Aufhebung der Vorentscheidung zur Folge haben. Zugleich war die Sache an das Schiedsgericht zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts zurückzuverweisen. Das Schiedsgericht wird nunmehr die Erhaltung der Anwartschaft durch den Bezug der Knappschaftspension in der durch Beiträge nicht gedeckten Zeit zu prüfen und dabei die den § 46 Abs. 2 Nr. 2 IVG, betreffende Revisionsentscheidung 1114 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1904 S. 357) zu beachten haben.

(Kompaß.)

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts [1]).

Für die Versagung des Anspruchs auf Hinterbliebenenfürsorge genügt es nicht, daß die Erwerbsunfähigkeit des Versicherten über den 1. Januar 1912 bis zu seinem Tode angedauert hat, vielmehr muß sie schon am 1. Januar 1912 eine dauernde im Sinne der Revisionsentsch. 273 (Amtl. Nachr. 1893 S. 123) gewesen sein — Art. 71 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. — (1703).

Die in einer rechtskräftigen ablehnenden Entscheidung getroffene Feststellung, daß nur eine vorübergehende, noch nicht 26 Wochen anhaltende Invalidität bestehe, hindert in einem späteren Rentenverfahren zwar nicht die gegenteilige Feststellung, daß bereits damals dauernde Invalidität bestanden habe; aber die Dauerrente kann frühestens seit dem Tage nach dem Tage der Rechtskraft der früheren Entscheidung zuerkannt werden (1704).

Die irrige Annahme des Versicherten, daß er neben dem Antrag auf Unfallrente nicht zugleich einen Antrag auf Invalidenrente stellen können, fällt im allgemeinen nicht unter die Verhältnisse, die im Sinne des § 1253 RVO. außerhalb seines Willens liegen (1705).

Wegen des Anspruchs auf Hausgeld nach § 1271 RVO. findet nicht eine Mitwirkung des Versicherungsamts gemäß §§ 1613 ff. RVO. und §§ 73 ff. der Verordnung über das Verfahren vor den Versicherungsämtern, sondern nur Beschwerde gemäß § 1273 RVO. statt, und zwar auch dann, wenn über den Anspruch unzulässigerweise ein berufungsfähiger Bescheid erteilt ist (1706).

Bei Berechnung des Höchstbetrags der Hinterbliebenenrenten gemäß § 1294 RVO. ist die durch den Kinderzuschuß erhöhte Invalidenrente (§ 1291) zugrunde zu legen (1707).

Der Anspruch auf Waisensteuer wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß eine Waisenrente nach dem 4. Buche der Reichversicherungsordnung wegen

---

[1]) Heft 6 (v. 15. Juni 1913) der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts. — Alle Entscheidungen sind als „grundsätzliche" bezeichnet. — Nr. 1703—1706 sind Revisionsentscheidungen, Nr. 1707 und 1708 Entscheidungen gemäß § 1693 RVO.

Digitized by Google

höherer Unfallwaisenrente nicht gewährt werden kann (1708).

Dem Anstaltsvorstande steht ein Strafrecht aus § 1488 RVO. gegen den Arbeitgeber auch dann zu, wenn dieser es unterlassen hat, beim Einzugsverfahren rechtzeitig die richtigen Beiträge abzuführen (1709).

Im Beitragsstreitverfahren nach § 1459 RVO. sind sämtliche Beteiligte zuzuziehen; sonst liegt ein wesentlicher Mangel des Verfahrens vor. Gleiches gilt beim Verfahren über den Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht. Die im Verfahren nach §§ 1237 ff. RVO. getroffene Entscheidung kann in einem Beitragsstreitverfahren nicht abgeändert werden; für dieses ist neben dem ersteren Verfahren kein Raum (1710).

Die Befugnis zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung (§ 1244 RVO.) setzt auch nach der Reichsversicherungsordnung nicht voraus, daß mindestens 100 Pflichtbeiträge geleistet sind (1711).

Ein taubstummes Mädchen, dem durch Uebergabevertrag vom Erwerber des Grundstücks lebenslänglicher freier Unterhalt gegen die Verpflichtung nach ihren Kräften Arbeit zu leisten, zugesichert ist, ist zur Selbstversicherung berechtigt (1712).

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Rechtliche Stellung des nichtabschlußberechtigten Agenten oder Generalagenten einer Versicherungsgesellschaft.

Urteil des **Reichsgerichts**, 7. Zivilsenat, vom 7. März 1913.

Ueber die rechtliche Stellung des nichtabschlußberechtigten Agenten oder Generalagenten hat sich der erkennende Senat unter Festhalten an den grundsätzlichen Ausführungen in seinem Urteile Entsch. in Zivils. 46 S. 184 vielfach ausgesprochen. Danach ist ein solcher Agent zwar nicht befugt, in Vertretung seiner Gesellschaft einen mit dem klaren Inhalt der Police und der allgemeinen Versicherungsbedingungen unvereinbaren, darüber hinausgehenden Vertrag abzuschließen, dennoch aber kann er, wie der Senat in seinem Urteil Entsch. in Zivils. 73 S. 302 ausgeführt hat, im einzelnen Fall auf die rechtliche Gestaltung des Versicherungsverhältnisses einen seine Gesellschaft bindenden Einfluß dadurch ausüben, daß er dem Versicherungslustigen eine von ihm gewünschte Aufklärung über den Inhalt einer nicht ganz klaren, schwerverständlichen Bedingung oder Frage erteilt. In einem solchen Fall darf und muß, wie der Senat wiederholt anerkannt hat (vgl. aus neuerer Zeit Jur. Wochenschr. 1912 S. 84), der Versicherungsnehmer der Erklärung des Agenten, der von seiner Gesellschaft gerade zum Zwecke der Vermittlung und zur Belehrung des Publikums über Inhalt und Bedeutung sowohl des Fragebogens wie der Bedingungen angestellt ist, vertrauen, und die Gesellschaft muß insoweit für die Erklärungen ihres Agenten einstehen, und zwar um so mehr, wenn, wie vorliegend, der Agent von ihr als „Generalagent" bestellt und damit als eine besonders in Versicherungssachen bewanderte und besonders vertrauenswürdige Person hingestellt ist.

Operation eines Minderjährigen ohne vorherige Genehmigung des gesetzlichen Vertreters.

Urteil des **Kammergerichts in Berlin**, 18. Zivilsen., vom 15. März 1913.

Bezüglich der Frage, ob die Vornahme der Operation selbst ein vertretbares Verschulden enthält, hat das Berufungsgericht sich der Ansicht des ersten Richters, daß eine von einem Arzte ohne Einwilligung des gesetzlichen Vertreters an einem Minderjährigen vorgenommene Operation eine objektiv rechtswidrige Handlung ist, angeschlossen; es hat aber abweichend von dem ersten Richter nicht angenommen, daß die Nichteinholung der Genehmigung des Vormundes auf einer Fahrlässigkeit des Beklagten beruht. Der Beklagte hat die Behauptung des Klägers, daß er dessen Minderjährigkeit bei der Vornahme der Operation gekannt habe, ausdrücklich bestritten und hat darauf hingewiesen, daß der Kläger bei der Vornahme der Operation schon im 21. Lebensjahre stand und das Großjährigkeitsalter beinahe erreicht gehabt und völlig den Eindruck eines ausgewachsenen Mannes gemacht habe. Für den Beklagten lag daher kein äußerer Anlaß vor, sich nach dem Alter des Klägers zu erkundigen und Ermittelungen darüber anzustellen, ob dieser in der Geschäftsfähigkeit noch beschränkt sei. Allerdings war, wie der Kläger behauptet, und der Beklagte auch nicht bestritten hat, das Alter des Klägers in dessen Personalien bei der Aufnahme in die Klinik des Beklagten eingetragen; indes kann es nicht als Fahrlässigkeit des Beklagten aufgefaßt werden, wenn er vor der Operation des Klägers von dieser Eintragung keine Kenntnis genommen und deshalb auch nicht die erforderliche Genehmigung des Vormundes eingeholt hat. Sache des Klägers wäre es wohl gewesen, den Beklagten auf seine noch vorhandene Minderjährigkeit hinzuweisen; da er dieses unterlassen hat, kann er den Beklagten aus dieser Unterlassung nicht verantwortlich machen,

Digitized by Google

zumal der Beklagte als Chefarzt einer größeren Klinik sich nicht um alle Einzelheiten des Betriebes kümmern kann. Im übrigen muß aber auch zugunsten des Beklagten angenommen werden, daß die dem Beklagten zur Last gelegte Unterlassung nicht ursächlich für den Schaden gewesen ist; denn wenn das Schreiben des Vormundes des Klägers vom 2. Februar 1911 auch erst nach der Vornahme der Operation und dem Eintritt des Schadens, der Lähmung der linken Hand, an den Beklagten gerichtet worden ist, so ergibt der Inhalt dieses Schreibens doch klar, daß der Vormund mit der Vornahme der Operation einverstanden gewesen wäre, wenn er von dem Zwecke der Operation, die volle Arbeitsfähigkeit des Klägers wieder herzustellen, unterrichtet worden wäre. In dem Schreiben weist der Vormund des Klägers den Beklagten darauf hin, wie notwendig es sei, daß der Kläger wieder arbeitsfähig werde; er würde sich also dem Willen des Klägers, sich operieren zu lassen, um die volle Arbeitsfähigkeit wieder zu erlangen, nicht widersetzt haben, zumal nach dem Gutachten des Sachverständigen H. die Gefahr für den Kläger durch die Operation noch weiter in seiner Arbeitsfähigkeit beschränkt zu werden, keine naheliegende war. Der Sachverständige H. hat ausdrücklich erklärt, daß die hier eingetretene Lähmung eine sehr seltene Folge der von dem Beklagten vorgenommenen Operation ist, mit der im voraus nicht gerechnet werden konnte. Der Vormund des Klägers würde daher geradezu pflichtwidrig gehandelt haben, wenn er unter den obwaltenden Umständen die Einwilligung zur Operation versagt haben würde. Es könnte daher dem Vormunde kein Glauben beigemessen werden, wenn er jetzt, nachdem wider Erwarten der schädliche Erfolg der Operation eingetreten ist, die Behauptung des Beklagten, er würde die Einwilligung versagt haben, bestätigen würde.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die volkswirtschaftliche Bedeutung der Krankenversicherungsstatistik[1]).

Die Tatsache, daß bisher (1911) etwa 14 und nach dem bevorstehenden Inkrafttreten des Zweiten Buchs der Reichsversicherungsordnung voraussichtlich 20 Millionen Lohnarbeiter, oder bisher, mit gewissen Ausnahmen so gut wie die ganze gewerbliche, künftig so gut wie die gesamte Lohnarbeiterschaft der reichsgesetzlichen Krankenversicherung unterliegen, verleiht den Nachweisungen der Krankenversicherungsstatistik ohne weiteres eine ganz außerordentliche gesellschaftswissenschaftliche und volkswirtschaftliche Bedeutung. Lediglich die Betrachtung der Mitgliederzahlen unter Trennung nach dem Geschlechte, ferner die der Krankheitsfälle und der Krankheitstage gewähren bereits Einblicke in die wechselnde Zusammensetzung einer großen Volksschicht einerseits, in den Stand und die Entwicklung der Volksgesundheit anderseits, wie sie in Ländern ohne Zwangsversicherung durch nichts ersetzt werden können.

Auf wirtschaftlichem Gebiete vermögen die Nachweisungen der Krankenkassen vor allem nach zwei Richtungen Aufschluß zu gewähren: 1. Die Mitgliederbewegung der Krankenkassen spiegelt — mit gewissen Fehlerquellen, die in Kauf zu nehmen sind — die Bewegung des Beschäftigungsgrads in den Erwerbszweigen wider, welche Versicherungspflichtige beschäftigen, 2. die Mitgliederbewegung derjenigen Krankenkassen, welchen aus versicherungstechnischen Gründen die Lohnhöhe ihrer Mitglieder gemeldet wird, und die hiernach ihren Mitgliederstand oder ihre neugemeldeten Mitglieder gruppieren, vermag wertvolle Einblicke in Stand und Bewegung der Löhne zu gewähren. Tatsächlich ist denn auch schon bisher die Krankenversicherungsstatistik den Zwecken der Arbeitsmarkt- und denen der Lohnstatistik dienstbar gemacht worden.

In der Arbeitsmarktberichterstattung des Reichs-Arbeitsblatts nimmt die Darstellung des gewerblichen Beschäftigungsgrads auf Grund der monatlichen Nachweise der Krankenkassen einen hervorragenden Platz ein. Die mit Begründung des Reichs-Arbeitsblatts eingerichtete Statistik ist auf einen Teil der bestehenden Krankenkassen beschränkt worden und umfaßt zurzeit rund 3500 Kassen oder 16 % der vorhandenen Kassen mit über zwei Fünfteln der gesamten Mitglieder. Herangezogen sind vor allem die Kassen der großen Städte und der wichtigsten industriellen Orte, und zwar sollen aus den ausgewählten Orten stets sämtliche Kassen berichten, so daß der Beschäftigungsgrad in diesen Orten lückenlos erfaßt wird. Die Art der Auswahl der Orte läßt das Bestreben erkennen, im wesentlichen den industriellen Beschäftigungsgrad zu erfassen[1]).

Inwieweit die Bewegung des Mitgliederbestandes der an die Berichterstattung des Reichs-Arbeitsblatts angeschlossenen Krankenkassen derjenigen des Mitgliederbestandes sämtlicher Kassen entspricht, läßt sich auf Grund der jährlich bearbeiteten Statistik der Krankenversicherung feststellen. Doch dürfte die nunmehr schon über zehn Jahre zurück zu verfolgende Mitgliederbewegung in den für das Reichs-Arbeitsblatt berichtenden Krankenkassen den Gang des industriellen Beschäftigungsgrads seit 1903 im großen und ganzen zutreffend widerspiegeln.

Die bisherige Entwicklungsreihe wird aber eine empfindliche Unterbrechung erleiden durch das Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung. Denn es ändert sich sowohl der Kreis der Versicherungspflichtigen wie die Kassenorganisation und zwar die Organisationsform wie die örtliche Zuständigkeit.

Der Kreis der Versicherungspflichtigen wird mit dem Inkrafttreten des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung eine erhebliche Erweiterung erfahren.

---

[1]) Abdruck aus dem Reichs-Arbeitsblatt für Juni 1913 (mit geringen Kürzungen).

[1]) Vgl. Reichs-Arbeitsblatt 1903 Nr. 1 S. 7 ff., 1909 S. 177 ff.

Digitized by Google

Die wichtigsten Personenkreise, auf die der Versicherungszwang ausgedehnt ist, sind die landwirtschaftlichen Arbeiter, die Dienstboten und die Hausgewerbetreibenden. Es leuchtet ein, daß das Hinzutreten zahlenmäßig so wichtiger Gruppen die Vergleichbarkeit der Mitgliederzahlen vor und nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung völlig aufheben muß, es sei denn, daß diese neuen Mitgliedergruppen künftig besonders ausgeschieden werden können. Aber nicht nur die Vergleichbarkeit mit den früheren Zahlen leidet, sondern — was für die Zukunft noch wichtiger ist — die gesamten Mitgliederzahlen werden nicht mehr wie annähernd bisher Aufschluß über den industriellen, sondern nur noch solchen über den gesamten Arbeitsmarkt geben. Es werden also künftig Vermehrungen der Industriearbeiter auf Kosten der landwirtschaftlichen Arbeiter, die zur Industrie abwandern, oder der Dienstboten und Hausindustriellen, die in die Fabriken gehen, nicht mehr in der Bewegung der Gesamtmitgliederzahl zum Ausdruck kommen. Andererseits würde man über jene Bewegungen viel besser unterrichtet werden als jetzt, wo man nur die Vermehrung der Industriearbeiter erkennt, ohne ihre Quellen zu sehen, wenn man in Zukunft die Mitgliederzahl unter Ausscheidung und besonderer Zählung der Landarbeiter, Dienstboten, Heimarbeiter feststellen könnte. Man würde dann z. B. sehen, wie sich eine geringe Vermehrung der Arbeiterzahl in einem bestimmten Monat etwa zusammensetzt aus einer Abnahme der Landarbeiter, der Dienstboten, vielleicht auch der Heimarbeiter und einer erheblichen Zunahme der restlichen Gruppe (also im wesentlichen der Industriearbeiter).

Die neu hinzugetretenen Gruppen der Versicherten: Landwirtschaftlich Beschäftigte, Dienstboten, unständig, im Wandergewerbe, im Hausgewerbe Beschäftigte und ohne Entgelt beschäftigte Lehrlinge unterliegen nach der Reichsversicherungsordnung Sonderbestimmungen, so daß ihre Ausscheidung im Mitgliederverzeichnis erforderlich ist. Dies ist für die Arbeitsmarktstatistik sehr wertvoll, indem künftig auch in den Monatsübersichten eine Ausscheidung jener Gruppen wird erfolgen können.

Der zweite Umstand, der die Vergleichbarkeit der Mitgliederziffern vor und nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung beeinträchtigen wird, ist die Veränderung der Kassenorganisation. Eine bisher bestehende wichtige Versicherungsform, die Gemeindeversicherung, hört ganz auf. Auf der anderen Seite treten als neue Kassenart die Landkrankenkassen hinzu, die, in erster Linie für die neu hinzugetretenen Gruppen der Versicherten bestimmt, unter Umständen auch die Ortskrankenkassen ersetzen können, dann also auch Industriearbeiter enthalten, während umgekehrt Landkrankenkassen auch durch Ortskrankenkassen ersetzt werden können (die Landesgesetzgebung kann sie ganz ausschließen), so daß dann die Ortskrankenkassen auch die Landarbeiter, Dienstboten usw. umfassen. Noch aus anderen Gründen werden die bestehenden Kassen erhebliche Umwandlungen erleiden. Die Reichsversicherungsordnung zeigt das Bestreben, der gegenwärtigen Zersplitterung der Kassen in etwas abzuhelfen. Die „besonderen Ortskrankenkassen" sowie die Betriebs- und Innungskrankenkassen dürfen nur insoweit fortbestehen, als sie gewissen Anforderungen an eine Mindestmitgliederzahl genügen. Hierdurch, wie durch den Wegfall der Gemeindeversicherung, dürfte die Zahl der Versicherungsträger erheblich herabgemindert (schätzungsweise von 23000 auf 10000 Kassen), jedenfalls aber auch der Mitgliederstand der meisten bestehenbleibenden Ortskrankenkassen wesentlich erhöht werden. Hierzu kommt noch die Einschränkung der Hilfskassen.

Der dritte Umstand, der die Vergleichbarkeit der alten und neuen Mitgliederzahlen aufheben wird, ist die Veränderung des räumlichen Bezirkes der Ortskrankenkassen. Nach dem Krankenversicherungsgesetze für die Gemeinde errichtet, sollen sie nach der Reichsversicherungsordnung in der Regel für den Bezirk eines Versicherungsamts errichtet werden. Versicherungsämter können aber die Bezirke mehrerer unterster Verwaltungsbehörden umfassen. Also auch die örtliche Begrenzung, welche jetzt für die berichterstattenden Krankenkassen gilt, wird sich nach Inkrafttreten des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung nicht aufrecht erhalten lassen.

Unter diesen Umständen ist es das Bestreben des Kaiserlichen Statistischen Amtes, mit dem Notbehelfe der Berichterstattung nur durch einen Teil der Krankenkassen überhaupt aufzuräumen und eine monatliche Berichterstattung sämtlicher Krankenkassen für die Arbeitsmarktstatistik herbeizuführen. Eine solche Berichterstattung erscheint um so leichter durchführbar, als ohnehin sämtliche Kassen für die Zwecke der Versicherungsstatistik den Mitgliederbestand für jeden Monatsersten festzustellen haben, nur daß die Berichterstattung für diesen Zweck nach den jetzt geltenden Vorschriften nur einmal im Jahre erfolgt, und als, wie schon ausgeführt, die Zahl der Krankenkassen im ganzen eine erhebliche Minderung, ihre Mitgliederzahl aber und damit auch ihr Verwaltungspersonal durchschnittlich eine Verstärkung erfahren wird.

Mit der monatlichen Berichterstattung sämtlicher Kassen würde aber eine außerordentliche Verbesserung der Arbeitsmarktstatistik herbeigeführt und in Verbindung mit der Ausscheidung der Landarbeiter, Dienstboten, Heimarbeiter usw. ein so genauer Ueberblick über die Beschäftigung in Landwirtschaft, Gewerbe, Hausindustrie und Gesindedienst ermöglicht werden, wie er bisher in keinem anderen Lande vorhanden ist. Die Ausscheidung jener wichtigen Gruppen ist allerdings noch nicht geeignet, einem Mangel dieser Statistik völlig abzuhelfen, der künftig nahezu ihr einziger sein wird: dem Mangel einer Gliederung der Mitgliederschaft nach Gewerbegruppen. Es ist natürlich unmöglich, etwa sämtlichen Krankenkassen zuzumuten, allmonatlich ihren Mitgliederstand an gewerblichen Arbeitern nach über 20 Gewerbegruppen aufzugliedern. Wohl aber ist zu hoffen, daß nach dem Muster der großen Leipziger Ortskrankenkasse, die schon seit Jahren dem Kaiserlichen Statistischen Amte monatlich ihren Mitgliederstand nach Gewerbegruppen gegliedert mitteilt, wie auch nach dem anderer größerer Kassen sich eine Reihe großer Kassen freiwillig bereitfinden wird, eine solche Gliederung vorzunehmen. Sobald die schwierigen organisatorischen Veränderungen, welche die neuen gesetzlichen Bestimmungen den Krankenkassen bringen, durchgeführt sein werden, wird das Kaiserliche Statistische Amt in dem bezeichneten Sinne vorzugehen versuchen.

Noch in einer anderen Richtung werden alsdann frühere Bemühungen des Kaiserlichen Statistischen Amtes wieder aufgenommen werden können. Es handelt sich um die Nutzbarmachung des Materials der Krankenkassen auch für die Lohnstatistik. Die bereits erwähnten Nachweisungen der Leipziger Ortskrankenkasse, die sie auf Anregung des Kaiserlichen Statistischen Amtes seit Oktober 1906 allmonatlich aufstellt (vgl. Reichs-Arbeitsblatt 1906 Nr. 10 S. 930), sind auch hier vorbildlich. Sie gliedern den Mitgliederbestand am Ende jedes Monats nach Berufsgruppen und Beitragsklassen, welche nach dem Lohne abgestuft sind. Für die Verteilung auf die Lohnklassen werden Verhältnisziffern berechnet. Die Statistik gestattet zwar nicht, Schlüsse auf den wirklichen Verdienst der Mitglieder zu ziehen, da dieser durch Ueberstunden oder Akkordarbeit sich häufig viel höher gestaltet als der angemeldete Lohn, sie ist aber eine brauchbare Lohnbewegungsstatistik, welche ermöglicht, an den Verschiebungen der Mitgliederzahl zwischen den Lohnklassen die Schwankungen und die Bewegungsrichtung der Löhne

Digitized by Google

ziemlich zutreffend zu erkennen. Die Einschränkung, daß nicht mit voller Genauigkeit die wirklichen Lohnverdienste erfaßt werden, gilt auch für die sonstigen Lohnnachweisungen der Krankenkassen. Es gibt eine ganze Reihe von Krankenkassen, insbesondere Ortskrankenkassen, die mindestens für einen Stichtag im Jahre eine Gliederung ihres Mitgliederbestandes nach den — leider meist verschieden abgegrenzten — Beitragsklassen veröffentlichen[1]) (vgl. Reichs-Arbeitsblatt 1903 S. 281, 1905 S. 939, 1906 S. 123, 1907 S. 242, 1909 S. 284, 350, 1911 S. 423). Endlich haben einige städtestatistische Aemter auf Anregung des Kaiserlichen Statistischen Amtes eine Gliederung der Mitgliederanmeldungen nach Lohnstufen unter Verwendung eines einheitlichen Musters für vier Monate im Jahre vorgenommen, und diese Nachweise werden seit April 1910 (1910 Nr. 4 S. 290) vierteljährlich im Reichs-Arbeitsblatte veröffentlicht, seit April 1911 (1911 Nr. 4 S. 283) auch mit Verhältnisberechnungen versehen. Die Anmeldungsstatistik nach Lohnstufen hat vor der Bestandsstatistik nach Beitragsklassen den Vorzug, daß sie die Löhne in weit reicherer Gliederung (Abstufungen von 10 Pf.) und für die verschiedenen Städte einheitlich gegliedert darstellt. Auf der anderen Seite hat sie neben der oben erwähnten Fehlerquelle der Bestandsstatistiken noch die weitere, daß hier ein Arbeiter um so häufiger in der Statistik erscheint, je häufiger er die Stellung wechselt, und um so seltener, je länger er bei ein und demselben Arbeitgeber verbleibt. Dieser Umstand dürfte ebenfalls dahin wirken, daß die Lohnverteilung etwas zu ungünstig erscheint. Trotzdem ist auch diese Statistik geeignet, ein gutes Bild der Bewegung der Löhne zu geben.

Auch nach Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung wird eine Ausnutzung des Krankenkassenmaterials für lohnstatistische Zwecke möglich sein. Denn nach §§ 180, 385 RVO. richten sich die Leistungen und in der Regel auch die Beiträge der Kassen nach dem Grundlohn. Als solchen kann die Satzung den durchschnittlichen Tagesentgelt derjenigen Klassen Versicherter, für welche die Kasse errichtet ist, einheitlich festsetzen. Sie kann aber auch den durchschnittlichen Tagesentgelt nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten stufenweise festsetzen. Endlich kann sie statt des durchschnittlichen Tagesentgelts den wirklichen Arbeitsverdienst der einzelnen Versicherten bis 6 M. für den Arbeitstag als Grundlohn bestimmen. Nur Kassen, welche von dieser dritten Möglichkeit Gebrauch machen, werden ein wirklich gutes lohnstatistisches Material bieten, immerhin würde aber auch das zweite Verfahren zu brauchbaren Aufschlüssen führen können. Für die Nutzbarmachung dieses Materials wäre es von großer Bedeutung, wenn bereits in den versicherungsstatistischen Nachweisungen für Kassen mit verschiedenen Beitragsklassen eine Gliederung des Mitgliederbestandes an einem bestimmten Stichtage nach diesen Klassen vorgeschrieben würde.

Schon bisher hat die Arbeiterversicherung starke Antriebe dafür gegeben, die Krankheitsgefahren, insbesondere auch die Berufs- und Gewerbekrankheiten zu erforschen und zu bekämpfen, wenngleich die bisherige Statistik der Krankenversicherung nur eine allgemeine Krankheits- und Sterblichkeitsstatistik ohne Gliederung nach Berufen und Krankheitsarten, bietet. Die Reichsversicherungsordnung enthält mehrere Vorschriften, die geeignet sind, diesen Bestrebungen einen weiteren Bereich und neue Bahnen zu eröffnen.

Ist die Krankenversicherung bisher hauptsächlich auf das Gewerbe beschränkt, so dehnt die Reichsversicherungsordnung den Versicherungszwang grundsätzlich weiter aus auf: Landwirtschaft, Hausgewerbe, Wandergewerbe, unständig Beschäftigte, Dienstboten, und erfordert, wie schon erwähnt, die Ausscheidung der Kassenmitglieder nach diesen verschiedenen Gruppen (§§ 416 ff.).

In § 363 ist den Krankenkassen fortan die Befugnis eingeräumt, Mittel der Kasse auch „für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung" zu verwenden. Die Bekämpfung der unter den Mitgliedern vorkommenden Krankheiten z. B. durch Belehrung in Wort und Schrift und durch allgemeine Schutzmaßregeln wird durch diese Bestimmung gefördert werden. Besonders nahe wird es liegen, gerade den für die Mitgliederschaft charakteristischen Krankheiten, also auch den Berufskrankheiten, entgegenzutreten.

Weiter gilt in § 384 die schon im Krankenversicherungsgesetze (§ 22 Abs. 3) vorgesehene Bestimmung fort, daß die Satzung „die Höhe der Beiträge nach den Erwerbszweigen und Berufsarten der Versicherten" abstufen kann. In den großen Ortskrankenkassen, die zahlreiche Berufe umfassen werden, wird diese Bestimmung erhöhte Bedeutung gewinnen und das Interesse an den Krankheitsgefahren in den verschiedenen Gewerben und an ihrer Vermeidung weiter fördern. Es kommt hinzu, daß nach derselben Gesetzesstelle „eine höhere Bemessung der Beitragsteile des Arbeitgebers für einzelne Betriebe" zugelassen werden kann, „soweit die Erkrankungsgefahr erheblich höher ist". Diese Maßnahme wird leichter durchführbar sein als die zwangsweise Errichtung von Betriebskrankenkassen, zu der nach dem älteren Gesetz in solchem Falle geschritten werden mußte (vgl. KVG. § 61). Für gesundheitsgefährliche Betriebe wird sie ein starker Anlaß sein, ihre Einrichtungen und ihre Arbeitsweise den Erfordernissen der Gesundheitspflege nach Möglichkeit anzupassen, und die Krankenkassen werden Einfluß darauf haben, daß dies geschieht.

Im Hinblick auf die Krankheitsverhütung, insbesondere die Einschränkung der Berufs- und Gewerbekrankheiten ist vom Reichstag in die Reichsversicherungsordnung die Bestimmung des § 343 eingefügt worden, wonach die Vorstände der Krankenkassen verpflichtet sind, „den Gewerbeaufsichtsbeamten auf Verlangen Auskunft über Zahl und Art der Erkrankungen zu erteilen". Die oberste Verwaltungsbehörde kann Näheres über die Auskunftserteilung bestimmen. Diese liegt durchaus im Interesse der Kassen. Ihr nachzukommen wird erleichtert sein, wenn die Kassen in ihrer Buchführung darauf Bedacht nehmen, neben der Zahl auch die Art der Erkrankungen fortlaufend zu verzeichnen. Doch wird auch eine Angabe über den Beruf des Erkrankten nicht fehlen dürfen, da nur hierdurch dem Sinne des Gesetzes entsprochen werden kann, gerade über die Berufs- und Gewerbekrankheiten die nötigen Unterlagen zu gewähren. Schon bisher sind die Berichte der Gewerbeaufsichtsbeamten eine wichtige Quelle der Erkenntnis für die Gewerbekrankheiten gewesen. Vermittels der Unterstützung der Krankenkassen werden sie es in noch höherem Maße sein können. Die erteilten Auskünfte werden namentlich auch dazu dienen können, den Erlaß von Arbeiterschutzbestimmungen zu ermöglichen, sei es, daß polizeiliche Verfügungen für einzelne Betriebe oder allgemeine Vorschriften durch den Bundesrat oder die zuständigen Landesbehörden gemäß den §§ 120d und 120e der Gewerbeordnung ergehen sollen.

[1]) Beispielshalber seien angeführt folgende Ortskrankenkassen: Berlin (Allg. und Kaufleute), Berlin-Steglitz, Köln (Fabrikarbeiter), Dresden, Frankfurt a. M., Freiberg i. S., Freiberg i. B., Göppingen, Greiz (I), Hanau, Itzehoe, Karlsruhe, Kiel, Koblenz, Königsberg, Kottbus, Lübeck, Magdeburg, Mainz, Mannheim (I), München, Neustadt a. H., Offenbach a. M., Osnabrück, Pforzheim, Pirna, Remscheid, Schleswig, Straßburg, Stuttgart, ferner die staatliche Betriebskrankenkasse für das Großherzogtum Hessen zu Darmstadt und der Allgemeine Knappschaftsverein zu Bochum.

Digitized by Google

Im Bereiche der Unfallversicherung hat der Bundesrat durch § 547 RVO. die Befugnis erhalten, die Unfallversicherung auch „auf bestimmte gewerbliche Berufskrankheiten" auszudehnen. Er kann für die Durchführung besondere Vorschriften erlassen. In ähnlicher Weise, wie es in England (zurzeit schon für 24 Krankheiten) geschehen ist, werden nach und nach einzelne derartige Krankheiten den Unfällen gleichgestellt werden können[1]). In erster Linie ist an die gewerblichen Vergiftungskrankheiten gedacht worden. Nicht bloß die Träger der Krankenversicherung, sondern auch die der Unfallversicherung werden infolgedessen an der Verhütung der Berufs- und Gewerbekrankheiten Anteil nehmen.

Die Invalidenversicherungsanstalten haben schon nach den älteren Gesetzen die Bekämpfung der Volkskrankheiten in die Hand genommen. Ihnen stand es schon nach § 18 IVG. zu, „um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität eines Versicherten abzuwenden", ein geeignetes Heilverfahren eintreten zu lassen. In den Heilstätten haben die Versicherungsanstalten in großartiger Weise den Kampf gegen die Tuberkulose, die Nervenerkrankungen und andere weit verbreitete Krankheiten aufgenommen. Manche dieser Krankheiten müssen in zahlreichen Fällen als Berufs- oder Gewerbekrankheiten angesprochen werden, weil sie unter den Einwirkungen entstehen, denen der Arbeiter durch seine Beschäftigung oder sein Gewerbe ausgesetzt ist. Auch die Invalidenversicherung bleibt hiernach an der Bekämpfung der Berufs- und Gewerbekrankheiten, die nicht selten zu vorzeitiger Erwerbsunfähigkeit führen, lebhaft beteiligt und erhält in § 1274 RVO. ebenfalls erweiterte Befugnisse. Danach dürfen die Versicherungsanstalten mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde Mittel aufwenden, „um allgemeine Maßnahmen zur Verhütung des Eintritts vorzeitiger Invalidität unter den Versicherten oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherungspflichtigen Bevölkerung zu fördern oder durchzuführen."

Allen Bestrebungen zur Verminderung der Krankheitsgefahren wird die Statistik eine unentbehrliche Gehilfin sein, da es sich um Massenerscheinungen handelt, die nur nach den Gesetzen der großen Zahlen erkannt werden können.

Die bisherige Anordnung der Krankenversicherungsstatistik bietet nur Einblick in die allgemeinen Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse, da sie nur die Anzahl der Krankheitsfälle nachweist, diese aber weder nach Berufszweigen noch nach Krankheitsarten ausscheidet; tiefere Einblicke in die Verteilung der Krankheits- und Sterblichkeitsrisiken auf die verschiedenen Berufe vermochte sie nicht zu bieten. Lediglich größere Krankenkassen, wie z. B. die Leipziger Ortskrankenkasse, die von vornherein ihre Statistik nach dem Personalkartensystem eingerichtet hatte, suchten solchen weiteren Gesichtspunkten Rechnung zu tragen. Deshalb wurde das reiche Kartenmaterial der Leipziger Kasse, entsprechend einem Beschlusse des Reichstags vom 23. März 1903, durch das Kaiserliche Statistische Amt, Abteilung für Arbeiterstatistik, einer besonderen Bearbeitung unterzogen, die aber nicht durchweg zu schlüssigen Ergebnissen führte, da einzelne Berufe zu schwach besetzt waren, um ein für zuverlässige Schlußfolgerungen ausreichendes Beobachtungsmaterial zu bieten (vgl. Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend, Berlin 1910, Bd. I S. 1 ff.). Hiernach werden namentlich größere Krankenkassen industriereicher Bezirke gut tun, ihre statistischen Aufschreibungen von vornherein nach ähnlichen Grundsätzen wie die Leipziger Ortskrankenkasse einzurichten.

Gerade für das Gebiet der vorbeugenden Maßnahmen, welche neuerdings in der Sozialversicherung aller Länder mehr und mehr in den Vordergrund treten, würde eine nach obigen Gesichtspunkten ausgestaltete Statistik der Krankenversicherung die größten Vorteile bieten, weil die Anbahnung und Durchführung solcher Maßnahmen einen klaren Einblick in die Verteilung der Risiken nach Krankheitsarten und Berufszweigen zur notwendigen Voraussetzung haben. Da schon die bisherige Statistik der Invalidenversicherung die Invaliditätsursachen, neben Beruf, Alter und Geschlecht der Invaliden, nach 28 (mit dem Kaiserlichen Gesundheitsamte vereinbarten) wichtigen Krankheitsarten scheidet (vgl. Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1898, Beiheft S. I ff. und 1903, 2. Beiheft S. III ff), läge es an sich nahe, die Statistik der Krankenversicherung nach ähnlichen Gesichtspunkten zu verwerten, so daß sich beide Statistiken gegenseitig ergänzen und damit wechselseitig an Wert gewinnen würden. Voraussichtlich würden diese erweiterten Erkenntnisquellen dann auch auf dem Gebiete der Krankheitsverhütung, insbesondere der drohenden „Gewerbekrankheiten", zu ähnlichen Erfolgen führen wie bei der Unfall- und Invaliditätsverhütung[1]) und damit unserer Arbeiterversicherung für die Hebung der Volksgesundheit ähnliche Möglichkeiten eröffnen, wie sie die neueste Volksversicherung Englands, angeregt durch das deutsche Vorbild, in großzügiger Weise in Aussicht nimmt (vgl. National Insurance Act 1911, Reichs-Arbeitsblatt 1911 S. 448, 702, 860 ff.).

Die Reichsversicherungsordnung bietet für die Bekämpfung der Volks-, Berufs- und Gewerbekrankheiten neue wertvolle Handhaben. Was an gesetzlichen Möglichkeiten geboten ist, wird sich im Leben noch entwickeln müssen. Der deutschen Volkswirtschaft, deren Aufblühen nicht zuletzt auf der Gesundheit und Tüchtigkeit der Arbeiterschaft beruht, werden durch die Arbeiten auf diesem Felde bedeutsame Dienste geleistet werden können.

[1]) Vgl. hierzu und über die Behandlung dieser Frage in der ausländischen, insbesondere englischen Gesetzgebung die Aufsätze: Dr. Curschmann, Die Versicherung gegen Berufserkrankungen in Deutschland und im Ausland, Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft. 1913, Heft 2, und Dr. Hanauer, Gewerbekrankheiten und Reichsversicherungsordnung, in der Zeitschrift „Die Arb.-Versorgg" 1912 Nr. 28 bzw. im Geschäftsberichte der Leipziger Ortskrankenkasse für 1912 S. 88 bis 100.

Ein Kassenarztvertrag.

Der folgende zwischen der Deutschen Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt zu Berlin und dem Verein der freigewählten Kassenärzte daselbst geschlossene Vertrag dürfte von allgemeinerem Interesse sein:

§ 1. Der Verein der freigewählten Kassenärzte verpflichtet durch diesen Vertrag seine Mitglieder vom 1. Juni 1913 ab bei den Mitgliedern der Deutschen Kranken- und Sterbeversicherungsanstalt zu Berlin die gesetzlich vorgeschriebene freie ärztliche Behandlung in der Weise zu übernehmen, daß jedem Mitgliede in jedem Krankheitsfalle die Wahl unter den Mitgliedern des Vereins freisteht.

§ 2. In den Verein wird am 1. Januar jedes Jahres jeder im Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte befindliche geschäftsfähige Arzt aufgenommen, der in Berlin oder einem der Vororte: „Charlottenburg, Adlershof, Altglienicke, Britz, Franz. Buchholz, Friedenau, Friedrichs-

[1]) Vgl. Reichs-Arbeitsblatt 1912 S. 133, 853 ff.

Digitized by Google

berg, Friedrichsfelde, Friedrichshagen, Lichterfelde, Johannisthal und Niederschönweide, Köpenick, Lankwitz, Mariendorf, Pankow, Reinickendorf, Neukölln, Rummelsburg, Schöneberg, Schmargendorf, Spandau, Steglitz, Stralau, Südende, Tegel, Tempelhof, Weißensee, Dalldorf (Wittenau), Hermsdorf, Birkenwerder, Nieder-Schönhausen, Grünau, Treptow, Lichtenberg, Oberschöneweide, Wilmersdorf und Zehlendorf" wohnt, wenn er bis zum 15. Oktober des Vorjahres folgende eigenhändig unterschriebene Erklärung abgegeben hat:

> Nach Kenntnisnahme der Satzungen, der Instruktion und Taxe des Vereins der freigewählten Kassenärzte, sowie des Inhalts der zurzeit zwischen dem Verein der freigewählten Kassenärzte und den Krankenkassen bestehenden Verträge, wünsche ich vom 1. Januar ..... ab als Mitglied in den Verein der freigewählten Kassenärzte aufgenommen zu werden. Ich verpflichte mich, während meiner Mitgliedschaft jeden, zwischen dem Verein der freigewählten Kassenärzte und einer Krankenkasse bestehenden, mit Beobachtung der Satzungen des Vereins der freigewählten Kassenärzte geschlossenen Vertrag gleich als wie von mir in eigener Person geschlossen anzusehen und genau zu beobachten.

Der Verein hat bis zum 1. November jedes Jahres ein Verzeichnis seiner Mitglieder für das nächste Jahr mit Angabe ihrer Wohnung und Sprechstunde dem Vorstande der D. K. u. St. V. A. zu Berlin zu übergeben.

§ 3. Jedes Mitglied des Vereins ist verpflichtet, die Satzungen des Vereins, die Instruktion, die Vorschriften über den Arzneiverkehr, sowie die Verfügungen des Vorstandes und die Beschlüsse der Mitgliederversammlungen streng zu befolgen.

§ 4. Der freiwillige Austritt aus dem Verein ist nur am Ende jedes Jahres nach vorausgegangener vierteljährlicher Kündigung gestattet. In Ausnahmefällen, wie z. B. bei Wegzug aus dem Geschäftsgebiet des Vereins, ist der Vorstand des Vereins berechtigt, nach Zustimmung des Vorstandes der Versicherungsanstalt jederzeit den Austritt zu gestatten. Ein Mitglied des Vereins, das seine Geschäftsfähigkeit verloren hat, scheidet damit aus dem Verein.

§ 5. Die aus dem Verein ausgeschiedenen oder ausgeschlossenen Mitglieder scheiden damit aus den Rechten und Pflichten dieses Vertrages aus.

§ 6. I. Bei der Versicherungsanstalt sind versichert unter:

Tarif I.

Personen, welche über 2000 M. Einkommen beziehen. Die Behandlung dieser Personen erfolgt nach freier Vereinbarung zwischen Arzt und Patient ohne Gewährleistung durch die Anstalt, jedoch ist für die Ausstellung eines Krankenscheines kein besonderes Honorar zu verlangen.

Tarif II.

II. Personen, die nur bis 2000 M. einschließlich Einkommen beziehen. Ausschließlich für diese Mitglieder gelten nachfolgende Sätze, die durch die Versicherungsanstalt unmittelbar an den Arzt bezahlt werden:

Die Versicherungsanstalt zahlt als Honorar für die ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder 1,50 M. für die erste Beratung, 1 M. für jede weitere Beratung, 2 M. für jeden Besuch (das Ausstellen der Krankenscheine wird nicht besonders honoriert), für Nachtbesuch 4 M., für Nachtkonsultation, wenn sie die erste im Verlauf einer Krankheit ist, 3 M., jede folgende 2 M.

Für alle Leistungen, welche nach der Minimaltaxe der preußischen Gebührenordnung für approbierte Aerzte im Königreich Preußen vom 15. Mai 1896, ausschließlich für die Konsultation resp. die Besuche, mit 3 M. und mehr bewertet werden, zahlt die Anstalt diese Minimalsätze. Die Honorierung von Entbindungen, auch regelwidrigen, übernimmt die Versicherungsanstalt gemäß ihren Statuten nicht[1]).

III. Ueber die Angemessenheit der Zahl der Leistungen, sowie über Fragen der Auslegung der Gebührenordnung entscheidet endgültig der Vorstand des Vereins der freigewählten Kassenärzte.

IV. Die Liquidation wird seitens der Aerzte am Anfang jedes Kalendervierteljahrs bei der Versicherungsanstalt eingereicht. Die Begleichung erfolgt innerhalb eines Monats, in streitigen Fällen unmittelbar nach Erledigung des Streitfalles.

V. Die Versicherungsanstalt zahlt am Anfang jedes Kalendervierteljahrs 50 M. an den Verein für Verwaltung.

§ 7. Die D. K. u. St. V. A. zu Berlin hat das Recht, einen oder mehrere Vertrauensärzte nach Vereinbarung mit dem Vorstande des Vereins für das laufende Geschäftsjahr zu wählen, deren Funktionen zu vereinbaren sind.

§ 8. Zur Untersuchung und Erledigung von Beschwerden, die von Aerzten gegen Mitglieder bzw. die Verwaltung der Versicherungsanstalt oder von Mitgliedern bzw. der Verwaltung der Versicherungsanstalt gegen Aerzte erhoben werden, wird eine gemeinschaftliche Beschwerdekommission gebildet, in welche der Vorstand der Versicherungsanstalt und der Verein je drei Mitglieder delegieren. Den Vorsitz dieser Kommission führt abwechselnd ein Mitglied der Versicherungsanstalt und ein Arzt.

Die gemeinschaftliche Beschwerdekommission faßt ihre Beschlüsse mit Stimmenmehrheit; kommt kein Mehrheitsbeschluß zustande, so hat jeder der Kontrahenten das Recht, eine neue Sitzung unter dem Vorsitze eines Unparteiischen zu fordern, welcher die Qualifikation zum Richteramte oder zum höheren Verwaltungsdienst haben soll. Die Kosten sind von beiden Seiten zu gleichen Teilen zu tragen.

§ 9. Einem Mitgliede des Vereins, welches gegen eine der Verpflichtungen, die es durch § 3 dieses Vertrages übernommen hat, verstößt, kann von der gemeinschaftlichen Beschwerdekommission eine Verwarnung erteilt werden. Ein Mitglied des Vereins, das innerhalb zwölf Monaten zweimal durch die gemeinschaftliche Beschwerdekommission verwarnt worden ist, muß von der Weiterbehandlung der Mitglieder der Versicherungsanstalt ausgeschlossen werden, sowie der Vorstand der Anstalt binnen 14 Tagen nach Erteilung der zweiten Verwarnung den Antrag auf Ausschluß stellt.

Gegen die auf Antrag des Vorstandes der Anstalt erfolgte Ausschließung steht dem ausgeschlossenen Arzte die Berufung an die Mitgliederversammlung des Vereins nicht zu.

§ 10. Der Versicherungsanstalt steht das Recht zu, jederzeit von dem Vertrage zurückzutreten, wenn die Mitgliederzahl des Vereins unter 300 gesunken ist, und ist dann das Honorar gemäß § 6 bis dahin zu zahlen.

Der Abgang von Mitgliedern, Wohnungsveränderungen, sowie Veränderungen der Sprechstunden sind vom Verein dem Vorstande der Versicherungsanstalt zweimal monatlich mitzuteilen. Diejenigen Aerzte, welche

[1]) Aerztliche Hilfeleistungen bei Krankheiten, die durch die Schwangerschaft oder das Wochenbett bedingt sind, ebenso bei Aborten werden dagegen von der Kasse honoriert.

Digitized by Google

in den Räumen ihrer poliklinischen Institute die Versicherten behandeln, sind verpflichtet, gesonderte Sprechstunden für dieselben festzusetzen und dies durch deutlichen Anschlag bekannt zu geben. Die Mitglieder dürfen zu Demonstrationszwecken nur mit ihrer eigenen Zustimmung benutzt werden.

§ 11. Der Vertrag tritt mit dem 1. Juni 1913 in Kraft und endet am 31. Dezember 1914.

Er gilt immer auf ein Jahr verlängert, wenn eine Kündigung nicht bis drei Monate vor Ablauf erfolgt ist.

Krankenkassen und Apotheken.

Von Herrn Dr. F. Landmann in Oranienburg erhielten wir folgende Zuschrift:

Die Einführung der Reichsversicherungsordnung gibt den Krankenkassen Veranlassung, ihr Verhältnis zu den Apotheken einer gründlichen Revision zu unterziehen, und zwar handelt es sich dabei um die Beseitigung eines zwar geschichtlich bedingten, aber längst überlebten und die Kassen je länger, um so mehr bedrückenden Abhängigkeitsverhältnisses, wie es durch die zwischen Krankenkassen und Apotheken bestehenden Verträge dargestellt wird.

Diese Verträge hatten ursprünglich einen guten Sinn und einen praktischen Zweck. Als vor einem Menschenalter die staatliche Krankenversicherung ins Leben trat, richteten sich die neugebildeten Krankenkassen bei der Regelung ihrer Beziehungen zu den Apothekern nach den bestehenden Vorbildern. Hier lagen nun die Dinge so, daß die größeren Arzneikonsumenten aus der vorsozialgesetzlichen Zeit, also die älteren Krankenkassen, ferner die Krankenhäuser, Armenverwaltungen usw. ihren Arzneibedarf in der Regel einer einzigen oder einigen wenigen Apotheken entnahmen, wofür ihnen diese relativ ansehnliche Vergünstigungen zubilligten. Die damals noch im Apothekerstand fast ganz fehlende wirtschaftliche Organisation brachte es mit sich, daß die Apotheker sich bei der Bewerbung um größere Lieferungen gegenseitig unterboten, wobei die Kassen diese günstige Konjunktur entsprechend auszunutzen verstanden. Unter solchen Verhältnissen hatte es einen Sinn, wenn beide Parteien sich durch langfristige Lieferungsverträge gegenseitig verpflichteten, die Kassen, um möglichst lange und ungestört der günstigen Lieferungsbedingungen teilhaftig zu bleiben, die Apotheker, um in dem Lieferungsvertrage ein Mittel zur Steigerung ihres Umsatzes und damit des Preises ihrer Apotheke und zugleich auch ein Objekt in der Hand zu haben, das beim Verkauf entsprechend kapitalisiert und auf den Preis aufgeschlagen werden konnte.

Aber die Zeiten änderten sich. Es entstanden allerorten Apothekerkartelle, die den Unterbietungen durch Außenseiter langsam, aber sicher ein Ende machten. Damit wäre eigentlich für die Kassen die Veranlassung, Lieferungsverträge abzuschließen, fortgefallen; indessen stellte sich ein um so größeres Interesse an derartigen Verträgen bei den Apothekern ein, nachdem ungefähr gleichzeitig der immer mehr aufblühende Drogistenstand ihnen eine unbequeme Konkurrenz zu machen begonnen hatte. Sie richteten daher ihre Taktik immer mehr darauf ein, die Drogisten von der Lieferung an die Krankenkassen fernzuhalten, und machten demgemäß die Gewährung von Vergünstigungen davon abhängig, daß ihnen — den Apothekern — die Alleinlieferung übertragen würde. Die Tragweite derartiger Vereinbarungen falsch beurteilend und in völliger Verkennung der häufigen Wertlosigkeit der von den Apothekern als „Vergünstigung" angebotenen Handverkaufslisten gingen die Kassen in die Falle und blieben bis zum heutigen Tage in einer vertraglichen Abhängigkeit von den Apothekern, die nicht anders als höchst unwirtschaftlich bezeichnet werden kann.

Diesem Zustand macht die Reichsversicherungsordnung glücklicherweise ein Ende. Es hängt hinfort nicht mehr von der Gnade der Apotheker ab, ob sie den Kassen Rabatt und Handverkauf bewilligen wollen. Bereits hat in Preußen der Erlaß des Ministeriums des Innern vom 5. Juni 1913 die Grundlinien festgelegt, auf denen sich in Zukunft der geschäftliche Verkehr zwischen Krankenkassen und Apothekern abwickeln wird. Die übrigen Bundesstaaten dürften sich Preußen im wesentlichen anschließen.

Charakteristisch für die neuen Verhältnisse ist vor allem, daß die Notwendigkeit zu einem Vertragsschluß fortfällt. Verträge schließt man ja nur zu dem Zweck, um einen Vorteil zu erzielen, der ohne den Vertrag nicht zu haben wäre. Indessen ist nunmehr alles, was vernünftigerweise Gegenstand eines Vertrages sein könnte, bereits durch behördliche Anordnung geregelt. Was die Kassen sonst noch von den Apothekern zu fordern haben, ist rein kaufmännischer Art und kann letzteren auf dem Verwaltungswege vorgeschrieben werden. So bekommen die Krankenkassen in ihren Arzneibefugnissen endlich freie Hand. — —

Herr Dr. Landmann erklärt sich bereit, die Kassen in Sachen der neuen Handverkaufsliste zu beraten.

Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt, Reichsanstalt.

Unter dem Vorsitz des Direktors im Reichsamt des Innern, Wirklichen Geheimen Rats Caspar, fand am 19. und 20. Juni eine Tagung des Beirats der „Ständigen Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt, Reichsanstalt" in Charlottenburg (Fraunhoferstr. 11/12) statt. Dieser Beirat setzt sich aus prominenten Persönlichkeiten der Wissenschaft und der Industrie und aus Beamten der Gewerbeaufsicht und der verschiedenen Berufsgenossenschaften usw. zusammen. Hauptaufgabe der Tagung war die Prüfung der Ausstellungsgegenstände nach der Richtung hin, ob die vorgeführten Schutzvorrichtungen den neuesten Anforderungen der Betriebssicherheit noch entsprechen. In zweitägiger intensiver Arbeit wurde diese Aufgabe erledigt. Die Verwaltung verdankt den Verhandlungen manche wertvolle Anregung zur Verbesserung und Neueinrichtung. Es war die einstimmige Ansicht der bei dieser Gelegenheit versammelten Spezialsachverständigen, daß die Ständige Ausstellung für Arbeiterwohlfahrt sich nach zehnjährigem Bestehen als ein unentbehrliches Mittel zur Verbreitung von Kenntnissen auf dem wichtigsten Gebiete des Arbeiterschutzes bewährt hat und daß ihre weitere Ausgestaltung die Anwendung noch weit erheblicherer Mittel, als ihr bisher zugeflossen sind, rechtfertigen dürfte.

Die Ausstellung hat ferner soeben den Bericht über ihre Tätigkeit im letzten Jahre veröffentlicht. Von den Interessen, dessen sich die Ausstellung in immer weiteren Kreisen zu erfreuen hat, gibt vor allem die stetig wachsende Zahl der Besucher kund, die sich von 26253 im Vorjahr auf 32314 gehoben hat. Was die Ausstellung vor manchen anderen ihren besonderen Wert verleiht, sind die sachverständigen Gruppenführungen, die auf vorherige Anmeldung jederzeit veranstaltet werden. Solche Führungen fanden im Jahre 1912 562 mit rund 17000 Teilnehmern statt. Es waren daran nicht nur Berliner beteiligt, sondern auch von auswärts finden sich

Digitized by Google

häufig Besucher, vornehmlich Abordnungen von Werkführern und Arbeitern bestimmter Berufsgruppen ein, wie auch besondere Führung für Aufsichtsbeamte, Studiengesellschaften, Teilnehmer an Kursen der mannigfaltigsten Organisationen usw. veranstaltet werden. Ihrem Inhalt nach hat die Ausstellung im abgelaufenen Jahre erheblich an Umfang zugenommen. Abgesehen davon, daß zahlreiche Gegenstände, um die Ausstellung stets auf dem laufenden zu erhalten, gegen neuere Erfindungen und Konstruktionen ausgetauscht sind, ist die Zahl der Ausstellungsgegenstände um ein beträchtliches gewachsen; von über 1000 Ausstellern werden zur Zeit 3500 Einzelobjekte zur Anschauung gebracht, darunter mehr als 1400 in originaler Ausführung. Von den Maschinen, an denen die Einrichtungen für Unfallverhütung angebracht sind, befinden sich die meisten in betriebsfähigem Zustand. Daneben bietet die Ausstellung eine reichhaltige Sammlung von Fachliteratur, gibt in Form der Auslage von Prospekten und Katalogen Auskunft über Bezugsquellen, veranstaltet in ihren Räumen Vorträge und Sonderausstellungen und bildet so ein vortreffliches Mittel zur Orientierung über alle Fragen des Arbeiterschutzes, so daß ihr Besuch und die Benutzung ihrer Einrichtungen interessierten Kreisen nicht dringend genug empfohlen werden kann.

(Gbg.) Keine Rückzahlung der Pensionskassenbeiträge.

Der Norddeutsche Lloyd hat im Interesse der von ihm auf Schiffen und am Lande Angestellten und der Witwen und Waisen dieser Personen eine Seemannskasse und außerdem noch eine besondere Witwen- und Waisen-Pensionskasse errichtet. Das Landgericht Bremen sowie das Oberlandesgericht Hamburg und in letzter Linie das Reichsgericht haben sich im Jahre 1911 und 1912 nun mit der Frage der Rückerstattung der zu diesen Kassen geleisteten Beiträge befaßt. Die in Betracht kommenden Kläger, 16 an der Zahl, hatten die Klage nicht allein gegen die genannten Kassen, sondern auch gegen die Firma, Aktiengesellschaft Norddeutscher Lloyd, gerichtet. Die Kläger vertraten den Standpunkt, daß es zu einer vertraglichen Einigung der Kassen mit den Klägern über die Mitgliedschaft der letzteren nicht gekommen sei. Sollte jedoch solche Einigung vorliegen, so seien die Beitrittsverträge wegen Verstoßes gegen zwingende gesetzliche Vorschriften und gegen die guten Sitten als nichtig zu beurteilen. Insbesondere sei auch die Einbehaltung der Beiträge bei Auszahlung der Heuer nach den Vorschriften der Seemannsordnung und des Lohnbeschlagnahmegesetzes unzulässig gewesen, so daß die Beträge noch als Lohnrückstand gefordert werden könnten. Eventuell beantragten die — nicht mehr in Diensten des Lloyd stehenden — Kläger festzustellen, daß sie noch Mitglieder der beklagten Kassen seien.

Das Landgericht Bremen wies die Kläger ab. Das Oberlandesgericht Hamburg jedoch erkannte die Klage dem Norddeutschen Lloyd gegenüber dem Grunde nach für berechtigt an, bezüglich der Klage gegen die Kassen wurde das Urteil der Vorinstanz bestätigt. Auf die von beiden Seiten eingereichte Revision hat das Reichsgericht, 7. Senat, dann am 5. November 1912 die Revision der Kläger verworfen und auf die Revision des Norddeutschen Lloyd die Klage auch diesem gegenüber abgewiesen. Das Reichsgericht findet die vertragliche Einigung in der Unterzeichnung der Musterrolle durch die Kläger bei ihrer Anmusterung. Gegen die guten Sitten verstößt der Inhalt der Statuten nach Ansicht des Gerichts ebenfalls nicht. Daß die Kläger bei Beendigung des Dienstverhältnisses die geleisteten Beiträge und die Anwartschaft auf Pension einbüßen, sei zwar hart, aber gesetzlich nicht zu beanstanden. Denselben Standpunkt hat übrigens das Reichsgericht bereits in einer gegen die Kruppsche Pensionskasse gerichteten Streitsache unterm 24. Oktober 1911 eingenommen. Was nun den Abzug der Kassenbeiträge von den Heuerzahlungen anbetrifft, so enthält die Seemannsordnung keine Bestimmung, welche einer Verrechnung der Beiträge auf die Heuer entgegensteht. In dem Urteil gegen die Kruppsche Pensionskasse ist die Zulässigkeit der Abzüge der Beiträge vom Arbeitslohne aus § 117 Abs. 2 RGO. gefolgert worden. Wenn nun auch für die Rechtsverhältnisse der Schiffsmannschaften nicht die Gewerbeordnung, sondern die Seemannsordnung maßgebend ist, so ist nach Ansicht des Reichsgerichts ein innerer Grund, warum nicht auch den Schiffsleuten dergleichen Lohnabzüge gemacht werden können, nicht einzusehen. In dem einen wie anderen Falle finden die Lohnabzüge Verwendung für Wohlfahrtseinrichtungen. Mit dem Abzug von 5 % der Heuer für Kassenbeiträge haben sich die Kläger aber mit Unterzeichnung des Heuervertrages einverstanden erklärt. Nach alledem rechtfertige sich die Klageabweisung.

Nach diesem Urteile können weder gewerbliche Arbeiter, noch Bergleute oder Schiffsmannschaften beim Dienstaustritt ihre zu etwaigen Pensionskassen usw. geleisteten Beiträge zurückfordern.

Wartegeld bei Betriebseinschränkungen. — Versicherungsrechtliche Bedeutung.

Die „Korrespondenz für Fabrikwohlfahrtspflege“ (1913 Nr. 2) enthält folgende Bemerkungen: „Die in manchen Gewerben regelmäßig auftretenden Zeiten stark verminderten Beschäftigungsgrades haben nicht nur für die betroffenen Arbeiter, sondern auch für die Unternehmer oft beträchtliche Schwierigkeiten im Gefolge. Vor allem hält es schwer, einen Stamm gut ausgebildeter Arbeiter heranzuziehen und dem Betriebe dauernd zu erhalten. Die Firma Cornelius Heyl in Worms hat zu diesem Zwecke das „Wartegeld“ eingeführt. Die Gleichmäßigkeit der Arbeitsverhältnisse wird nämlich bei der Firma nicht nur von der allgemeinen Geschäftslage, sondern auch wesentlich von der Witterung beeinflußt. Die Herstellung von Lackleder, Wichsleder und sonstigen zur Schuhwarenfabrikation bestimmten Ledersorten bedarf zum Trocknen des Sonnenlichtes. In sonnenarmen Wochen stockt darum der Fortgang der Arbeit. Werden daher Betriebseinstellungen notwendig, so entläßt die Betriebsleitung die in Betracht kommenden Arbeiter nicht, sondern beurlaubt sie nur und zahlt den weiblichen Arbeiterinnen täglich 1,25 bis 1,50 M., den unverheirateten Arbeitern 1,50 bis 3 M. und den verheirateten Arbeitern bis 3,50 M. Diese Maßnahme wirkt wie die Bewilligung von Ferien, die die Arbeiterin vielleicht zur Ausbildung in der Nähschule benutzt, während der Arbeiter sich in Haus und Garten nützlich macht.“

Diese Regelung ist auch versicherungsrechtlich bedeutsam. Ihre Absicht ist, wie die einleitende Bemerkung ergibt, darauf gerichtet, die Arbeiter dem Betriebe dauernd zu erhalten. Durch Zahlung und Annahme des Wartegeldes bekunden beide Teile übereinstimmend, daß der Arbeitnehmer über die Dauer der Unterbrechung hinaus dem Arbeitgeber zur Verfügung stehen soll. Das Beschäftigungsverhältnis bleibt also, trotz Einstellung der wirklichen Arbeitsleistung, bestehen, und zwar als ein gelohntes; denn das Wartegeld wird für die ge-

Digitized by Google

leisteten und noch zu leistenden Dienste gezahlt. Daher bleibt auch die Pflichtversicherung aufrecht erhalten, sowohl die Kranken- wie die Invalidenversicherung. Die Vorschriften, die hinsichtlich der Wartezeit und des Eintrittsgeldes nach § 26a Abs. 2 KVG., §§ 209, 496, 498 RVO. im Fall eines Wiedereintritts in die Krankenkasse gelten, kommen nicht in Frage, weil ein Austritt nicht stattgefunden hat.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Dringende Bitte!

In den bevorstehenden Ferienmonaten haben auch die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während dessen Anfragen an den Briefkasten nur in sehr dringenden Fällen zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Streit über die Bezahlung von Zahnplomben.

1. Nach Freienwalde. Antwort: Wenn das Plombieren von Zähnen zur Beseitigung einer Zahnkrankheit, wie meistens, dient, so handelt es sich nicht um ein Heilmittel, sondern um ärztliche Behandlung, und dann muß die Kasse die ganzen Kosten tragen. Freilich braucht sie nur die notwendige Behandlung zu gewähren, also z. B nicht Goldplomben, wenn im Einzelfalle derselbe Erfolg durch Zementplomben erreicht wird; dies ist allerdings nicht immer der Fall. Das Mitglied kann, wenn es von der Aufsichtsbehörde mit seinen Ansprüchen abgewiesen worden ist, gemäß § 58 Abs. 1 KVG. Klage beim Amtsgericht erheben, nicht beim Bezirksausschuß; denn in Preußen sind solche Streitigkeiten nicht dem Verwaltungsstreitverfahren überwiesen.

Auch nach der Heilung muß Krankengeld nachträglich gezahlt werden.

2. Nach Biebrich a. Rh. Antwort: Wenn tatsächlich nachgewiesen wurde, daß das Mitglied erwerbsunfähig war, so mußte die eingeschriebene Hilfskasse das Krankengeld zahlen. Die Satzung verlangt nicht, daß der Krankenschein sofort beigebracht werde; sie enthält auch keine Kontrollvorschriften, deren Verletzung den Verlust des Krankengeldes zur Folge hätte, oder einen Hinweis auf solche. Wenn gesagt wird, die Zahlung erfolge von Woche zu Woche, so bedeutet das nur, daß sie nicht in kürzeren Zeiträumen erlangt werden könne. Nicht aber ist daraus zu folgern, daß sie verweigert werden dürfe, wenn sie nicht allwöchentlich verlangt und auch der Krankenschein nicht allwöchentlich beigebracht werde.

Verlust des Anspruchs auf Krankenunterstützung infolge fortgesetzten ungebührlichen Benehmens im Krankenhause.

3. Nach Duisburg. Antwort: Wenn tatsächlich das Mitglied durch sein ungebührliches Benehmen die Behandlung im Krankenhause unmöglich macht, so würde dadurch, sofern es an sich zur Annahme der Krankenhauspflege verpflichtet ist, die Krankenkasse der Verpflichtung zur weiteren Unterstützung enthoben sein (vgl. Arb.-Versorgg. 30 Heft 17 S. 407 Ziff. 9). Daß di Voraussetzung hierfür erfüllt sei, wird durch die Entlassung aus zwei Krankenhäusern wegen ungebührlichen Benehmens wahrscheinlich gemacht. Es empfiehlt sich aber, den Tatbestand erst genau festzustellen.

Ersatz des Unfallzuschusses durch die Berufsgenossenschaft.

4. Nach Stendal. Antwort: Sofern die Entschädigung auch über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus zu gewähren ist, so muß die Berufsgenossenschaft, wie § 576 RVO. deutlich ergibt, den Unfallzuschuß der Kasse ersetzen, also ihr Ersatz auch für die Zeit bis zur 13. Woche leisten; denn der Zuschuß wird ja nur für die 5. bis 13. Woche gewährt (§ 573 RVO.). Die Auffassung der Berufsgenossenschaft daß deren Ersatzpflicht erst nach der 13. Woche beginne, läßt sich mit dem Wortlaut des § 576 nicht vereinen. Wenn dieser in Absatz 1 besagt: „Die Satzung der Genossenschaft kann bestimmen, daß diese den Mehrbetrag in allen Fällen zu ersetzen hat", so bedeutet das nur, die Satzung könne vorschreiben, daß die Genossenschaft den Ersatz auch in denjenigen Fällen zu leisten habe, in denen nach dem Gesetz der Unternehmer einzutreten habe, nämlich auch dann, wenn aus Anlaß des Unfalls eine Entschädigung nicht über die 13 Woche hinaus beansprucht werden könnte. Die Mehrleistungen der §§ 573 und 575 sind also entweder ganz von der Genossenschaft oder ganz von dem Unternehmer zu ersetzen; eine Teilung in der Weise, daß regelmäßig dieser bis zur 13. Woche, von da ab aber jene zum Ersatze verpflichtet wäre, tritt nicht ein.

Muß die Kasse der Klinik, in die das Mitglied wegen Ohrenbeschwerden geschickt worden ist, die Kosten für Zähneziehen in der Narkose bezahlen?

5. Nach Dr. Antwort: Wenn das Zahnziehen zur Beseitigung derjenigen Beschwerden erforderlich war, wegen deren das Mitglied auf Anordnung des Kassenarztes in die Klinik geschickt wurde, so ist die Kasse zur Zahlung verpflichtet, mag auch ihr Arzt irrtümlicherweise

Digitized by Google

ein Ohrenleiden als Ursache angenommen haben, und sie muß auch die Narkose bezahlen, sofern diese nach der Art des Leidens oder des besonderen Körperzustandes des Patienten notwendig war. Stand aber das Zahnziehen mit den Ohrenbeschwerden in keinerlei Zusammenhang, sondern wurde nur gelegentlich der Ohrenbehandlung vorgenommen, so braucht die Kasse, sofern nicht etwa ein dringlicher Fall vorlag, dafür lediglich den Betrag zu erstatten, den sie selbst hätte aufwenden müssen, wenn ihr eigener Arzt oder Dentist die Zähne gezogen hätte; denn um diesen Betrag würde sie auf Kosten der Klinik ungerechtfertigt bereichert sein; auch hierbei würde die Notwendigkeit einer Narkose zu berücksichtigen sein.

Mitglieder einer Betriebskrankenkasse können nicht zur Ortskrankenkasse wählen, der sie nach der Auflösung jener angehören werden.

6. Nach Oberdollendorf. Antwort: Das Wahlrecht können nur diejenigen Personen haben, die zur Zeit der Wahlen Mitglieder der Kasse sind, nicht auch diejenigen, die es von dem Zeitpunkt an sein werden, von dem an die Amtsperiode der gewählten Vorstands- und Ausschußmitglieder läuft. Daher sind wir der Ansicht, daß die Mitglieder der Betriebskrankenkasse, die mit dem 31. Dezember 1913 aufgelöst wird, nicht an den vor dem 1. Januar 1914 stattfindenden Wahlen der Ortskrankenkasse teilnehmen können, der sie später angehören werden.

a) Wahlberechtigung zu den ersten Wahlen einer ausgestalteten oder neuerrichteten allgemeinen Ortskrankenkasse. b) Zur Wahl mit streng gebundenen Listen. c) Wählbarkeit von Betriebsleitern usw. an Stelle von Arbeitgebern.

7. Nach Siegen. Antwort: a) Bei einer ausgestalteten Ortskrankenkasse sind, wie bei einer neuerrichteten, auch die neu in die Versicherung einbezogenen Versicherungspflichtigen und ihre Arbeitgeber für die ersten Wahlen zum Ausschuß wahlberechtigt; vgl. Bestimmungen des Bundesrats unter I 1 und 5 der Bekanntmachung vom 11. Juli 1913 (RGBl. S. 577). Daß diejenigen Mitglieder wahlberechtigt sind, welche der allgemeinen Ortskrankenkasse vom 1. Januar 1914 ab infolge der Auflösung oder Schließung bestehenden Kassen anzugehören haben, ist selbstverständlich.

b) Die Bestimmung in § 13 Abs. 2 Ihrer Wahlordnung, wonach nur solche Stimmzettel abgegeben werden dürfen, die mit einem zugelassenen Wahlvorschlage „vollständig" übereinstimmen, schließt das Mischen verschiedener Vorschläge in einem Wahlzettel aus, wenn nicht nach § 8 mehrere Wahlvorschläge so miteinander verbunden werden, daß sie als ein einziger Vorschlag zu behandeln sind. Ebenso ist Stimmenhäufung ausgeschlossen, weil dann die vollständige Uebereinstimmung fehlt. Dagegen halten wir einen Stimmzettel für gültig, der sich genau an einen Wahlvorschlag anlehnt, aber einzelne der im Vorschlag enthaltenen Namen ausläßt und insbesondere weniger Namen enthält als Vertreter zu wählen sind; denn ein solcher Zettel bedeutet nur, daß der Wahlberechtigte sich teilweise der Wahl enthält, und die Freiheit der Wahlenthaltung ist in der gebotenen Freiheit der Wahl mit enthalten (vgl. Arb.-Versorgg. 1910 S. 592, 593, letzter Absatz).

c) § 79 Abs. 2 der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen entspricht dem § 13 Abs. 2 RVO. Es steht nichts entgegen, daß mehrere bevollmächtigte Betriebsleiter, Geschäftsführer oder Betriebsbeamte desselben Arbeitgebers gewählt werden; denn diese Personen vertreten hierbei nicht ihren Arbeitgeber, sondern stehen hinsichtlich der Wählbarkeit den Arbeitgebern gleich. Bei einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist aber zu beachten, daß die Gesellschaften als solche nicht hierzu gehören, wenn sie nicht zugleich im Betriebe als Betriebsleiter oder Geschäftsführer oder Betriebsbeamte tätig sind.

Der Arzt kann für Behandlung eines Dienstboten nur nach dessen Stand bei der Herrschaft liquidieren.

8. Nach Mannheim. Antwort: Der Dienstbote kann von der Herrschaft nur den seinem Stande entsprechenden Unterhalt verlangen und demgemäß im Falle der Krankheit auch nur die seinem Stande entsprechende ärztliche Behandlung; daher braucht z. B. die Herrschaft im Krankenhause nicht die teuerste Station zu bezahlen. Daraus folgt aber, daß auch für die Bezahlung des Arztes, von dem die Herrschaft, um ihrer Unterhaltspflicht zu genügen, den Dienstboten behandeln läßt, nur dessen Stand maßgebend ist, nicht der der Herrschaft. Darum muß sich der Arzt mit den Mindestsätzen der Gebührenordnung begnügen.

Zur Rechtsstellung der Angestellten bei der ausgestalteten Ortskrankenkasse und bei den nicht zugelassenen Kassen.

9. A. Z. in C. Antwort: Da die Ausgestaltung der Kasse die Bedeutung hat, daß sie, wenngleich in veränderter Form, bestehen bleibt, so bleibt auch der Vertrag mit ihrem bisherigen Rendanten in Kraft. Dagegen erlöschen die Verträge der anderen, nicht zugelassenen Ortskrankenkassen mit ihren Rendanten nach näherer Bestimmung des § 302 RVO. in Verbindung mit Art. 32 Einf.Ges. Wir verweisen hierüber auf den preuß. Min.Erl. in Arb.-Versorgg. 1913 Nr. 16 S. 373 und auf unsere Auskunft S. 382 Ziff. 2, anderseits aber auf die Bedenken gegen diese Auffassung, die sich aus 1912 S. 712 Ziff. 14, S. 735 Ziff. 7 ergeben. Auch vom Standpunkte dieser Rechtsauffassung aus „sollen" aber geeignete Angestellte der nicht zugelassenen Kassen von der ausgestalteten Kasse bei Anstellung des erforderlichen Personals möglichst berücksichtigt werden. (Art. 32 Satz 2 Einf.Ges.) Es wird also sachgemäß sein, daß die ausgestaltete Kasse sich mit den Angestellten jener anderen Kassen in Verbindung setzt, um soweit möglich Vereinbarungen über die fernere Verwendung dieser Personen in anderen Dienststellen der Kasse zu treffen. Die Vorstände der zu schließenden Kassen haben hierbei an sich nicht mitzureden; doch wird es nicht nur nicht ausgeschlossen, sondern vielmehr sachgemäß sein, wenn die Kasse auch sie über die Weiterverwendung ihrer Angestellten wenigstens anhört, um die schlimmsten Härten zu vermeiden und auch in der Wahl der „geeigneten" Personen nicht fehl zu gehen. Am besten ist es wohl, diese Wahl erst vorzunehmen, wenn die ausgestaltete Kasse als solche bereits organisiert und ihr neuer Vorstand bereits gewählt ist. Dann sind ja in diesem Vorstande auch die Versicherten, die bisher den anderen Kassen angehören, mit vertreten.

Anfrage.

Die **Ortskrankenkasse Vegesack** bittet Kassenvereinigungen, soweit heute solche auf Grund des § 46 KVG. bereits errichtet sind, um gefällige Ueberlassung eines Statuts.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **1. September 1913.**

Redaktion:	**Nr. 25**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Zur Anwendung des § 292 RVO.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat **Dr. Hoffmann**, Vortragendem Rat im Ministerium für Handel und Gewerbe in Berlin.

I. Der § 292 RVO. gehört zu den leider nicht vereinzelten Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, die sich auf den ersten Blick als durchaus zweckmäßig erweisen, bei näherer Betrachtung und bei dem Versuch ihrer Anwendung zu allerhand Zweifelsfragen Anlaß geben. Er bezieht sich auf das Auseinandersetzungsverfahren bei Vereinigung von Krankenkassen und hat folgenden Wortlaut:

„Die Vertreter der beteiligten Kassen und das Versicherungsamt können festsetzen, daß eine aufgenommene Kasse im Vorstand der aufnehmenden durch eine bestimmte Zahl der Versicherten und Arbeitgeber für längstens vier Jahre vertreten sein muß."

Hierzu bemerkt die Begründung (S. 190 zu § 305 des Entwurfs): „Bei Vereinigung zweier Kassen kann vorgesehen werden, daß die Kassenorgane bei der aufnehmenden Kasse sofort neu gewählt werden, damit in der Gesamtkasse auch die Interessen der gesamten Mitglieder entsprechend vertreten sind. Infolge der Verhältniswahl werden hierdurch im Ausschuß die Interessen der übergehenden Kasse den ihnen gebührenden Einfluß erlangen; bei der Zusammensetzung des Vorstandes werden sie aber nur dann auf Mitgliederstellen rechnen können, wenn die Mitglieder der übergehenden Kasse verhältnismäßig zahlreich waren. Wo solche Neuwahl nicht vorgesehen ist, werden die Interessen der übergehenden Kasse überhaupt nicht im Vorstand vertreten sein, obschon sie als die schwächeren, vielleicht gerade eines besonderen Schutzes bedürften. Daher sieht der Entwurf vor, daß, ähnlich wie bei Eingemeindungen, den Mitgliedern der übergehenden Kasse im Vorstand der aufnehmenden eine bestimmte Zahl von Vorstandsstellen eingeräumt werden kann. Die Dauer dieses Sonderrechts wird sich danach richten, wie lange die vorhandenen Vorstandsmitglieder der aufnehmenden Kasse noch im Amte bleiben; sie kann also längstens auf die vierjährige Wahlzeit erstreckt werden. Auch werden innerhalb dieser Zeit die Interessen und Verhältnisse der vereinigten Kassen miteinander so verwachsen sein, daß zu solchen Ausnahmen kein Anlaß mehr vorliegt, deren Durchführung zudem bei späteren Wahlen schwer möglich sein würde. Der Ausschuß der übergehenden Kasse wird noch so viel Mitglieder, als ihm zugebilligt sind, für den Gesamtvorstand und eine entsprechende Zahl von Ersatzmännern wählen. Diese Festsetzung können die Vertreter und das zustimmende Versicherungsamt oder das Versicherungsamt auch allein treffen, wenn es die Auseinandersetzung selbst bewirkt."

II. Nach dem Wortlaute und der Begründung steht zunächst fest, daß die Vermehrung der Vorstandsmitglieder der aufnehmenden Kasse sowohl durch Vereinbarung der Ver-

Digitized by Google

treter der beteiligten Kasse mit Zustimmung des Vorsitzenden des Versicherungsamts als auch, wenn eine solche Vereinbarung nicht zustande kommt, oder wenn einer der beteiligten Ausschüsse nicht zustimmt oder wenn die vom Vorsitzenden des Versicherungsamts erhobenen Anstände nicht beseitigt werden, durch den Vorsitzenden des Versicherungsamts festgesetzt werden kann. Weiter ergibt sich als feststehender Grundsatz, daß der aufgenommenen Kasse eine besondere Vertretung im Ausschusse der aufnehmenden Kasse auf keinen Fall eingeräumt werden und daß der Vorsitzende des Versicherungsamts hiervon abweichende Vereinbarungen unter keinen Umständen genehmigen darf. Und endlich unterliegt es keinem Zweifel, daß die Vertreter der aufgenommenen Kasse zu jeder Zeit in den Vorstand der vereinigten Kasse eintreten dürfen und daß der Zutritt besonderer Vertreter der aufgenommenen Kasse auch dann zulässig ist, wenn im Augenblicke der Vereinigung bei der aufnehmenden Kasse Neuwahlen der Organe vorgenommen werden. Wenn aber in der Begründung ausgeführt wird, daß sich die Dauer des Verbleibens der besonderen Vertreter der aufzunehmenden Kasse im Vorstande der aufnehmenden Kasse nach der Wahlzeit der vorhandenen Vorstandsmitglieder der aufnehmenden Kasse richte, so finden diese Ausführungen im Gesetze keine Unterlage. Nach dem Wortlaute des Gesetzes können die Vertreter der aufgenommenen Kasse für „längstens vier Jahre" in den Vorstand der aufnehmenden Kasse eintreten. Wenn für die Dauer der Amtszeit der Vertreter die Wahlzeit der Vorstandsmitglieder der aufnehmenden Kasse maßgebend sein soll, so hätte das ausdrücklich ausgesprochen werden müssen. Aber innere Gründe sprechen dagegen, daß eine Vereinbarung über das Verbleiben der Vertreter der aufgenommenen Kasse im Vorstande der aufnehmenden Kasse über die Dauer der Wahlzeit der Vorstandsmitglieder der aufnehmenden Kasse hinaus getroffen wird. Läuft z. B. die Wahlzeit der Vorstandsmitglieder der aufnehmenden Kasse vom 1. Januar 1915 bis zum 1. Januar 1919 und kommt die Vereinigung der beiden Kassen zum 1. Januar 1917 zustande, so würden die Mitglieder der aufgenommenen Kasse, wenn die Vertreter auf vier Jahre im Vorstand bleiben sollen, vom 1. Januar 1921 bis zum 1. Januar 1923 weder im Vorstande noch im Ausschusse der Kasse vertreten sein; denn bei der Neuwahl der Organe zum 1. Januar 1919 dürfen sie im Hinblick auf ihre besondere Vertretung im Vorstand an den Ausschußwahlen nicht teilnehmen. Und aus diesem Grunde wird naturgemäß die Vereinbarung zwischen den Kassen dahin getroffen werden, daß bei der nächsten Neuwahl der Organe, die Mitglieder der aufgenommenen Kasse den übrigen Mitgliedern gleichberechtigt sein sollen und daß somit die besondere Vertretung zu diesem Zeitpunkt aufhören soll.

Allerdings läßt das Gesetz die Frage völlig im Unklaren, ob, solange die besonderen Vertreter der aufgenommenen Krankenkassen im Amte sind, die Mitglieder dieser Kasse an der Wahl des Ausschusses für die aufnehmende Kasse teilnehmen dürfen. Das würde für den Fall von besonderer Wichtigkeit sein, daß im Zeitpunkt der Vereinigung bei der aufnehmenden Kasse Neuwahlen stattfinden. Allein aus den Ausführungen in der Begründung kann nur als die Absicht des Gesetzes hergeleitet werden, daß entweder Neuwahlen der Organe stattfinden, an der sich dann die Mitglieder der aufnehmenden Kasse in gleichem Maße wie die Mitglieder der aufnehmenden Kasse beteiligen, oder daß eine besondere Vertretung im Vorstande für die aufgenommene Kasse vereinbart wird. Das Eine schließt das Andere aus; es würde ja auch sonst infolge der Verhältniswahl der aufnehmenden Kasse unter Umständen eine doppelte Vertretung im Vorstand zufallen. Selbstredend macht es keinen Unterschied, ob die aufgenommene Kasse eine große Zahl von Mitgliedern hat, oder ob sie, wie es in der Begründung heißt, zu den schwächeren gehört. Ist die aufgenommene Kasse unbedeutend, so wird ihr kaum eine besondere Vertretung zugebilligt werden können, ist sie dagegen eine Kasse mit großer Mitgliedschaft, so werden ihre Interessen schon durch die Verhältniswahl genügend zum Ausdruck kommen.

III. Weitere Fingerzeige für die Ausführung des § 292 fehlen im Gesetz und in der Begründung; es bleibt danach nichts anderes übrig, als diese Lücken nach Zweckmäßigkeitserwägungen auszufüllen. Dahin gehört zunächst die Frage, ob infolge der Vermehrung

Digitized by Google

der Vorstandsmitglieder der aufnehmenden Kasse eine Aenderung der Bestimmung der Satzung über die Zahl der Vorstandsmitglieder notwendig ist. Ich habe im Hinblick auf den vorübergehenden Charakter dieser Maßnahme die Notwendigkeit einer Satzungsänderung in meinem Kommentar zum 2. Buche der Reichsversicherungsordnung Anm. 2 zu § 292 verneint, während Hahn in seinem Handbuche der Krankenversicherung Anm. 2 zu § 292 unter Berufung auf die Vorschrift im § 321 Ziff. 4, wonach die Zusammensetzung des Vorstandes in der Satzung geregelt werden muß, einer Satzungsänderung für erforderlich bezeichnet. Allerdings ist es zutreffend, daß die Vertreter der aufgenommenen Kasse vollwertige Mitglieder des Vorstandes sind und daß die dazu erforderliche Satzungsänderung auf Grund des § 288 Abs. 2, § 326 Abs. 2 erzwungen werden kann, trotzdem wird von einer Aenderung der Satzung abzusehen sein, da es sich nur um eine ganz vorübergehende Vermehrung der Zahl der Vorstandsmitglieder handelt. Dazu kommt, daß es an der Möglichkeit fehlt, die einmal beschlossene Satzungsänderung rückgängig zu machen, sobald die vereinbarte oder festgesetzte Amtszeit der Vertreter der aufgenommenen Kasse abgelaufen ist. Schließlich spricht dagegen aber die Erwägung, daß über die Satzungsänderung in letzter Instanz das Reichsversicherungsamt zu befinden hat, das naturgemäß die Befugnis für sich in Anspruch nehmen muß, die Rechtmäßigkeit des Auseinandersetzungsverfahrens, insbesondere die Vereinbarung oder Festsetzung der Vertretung der aufgenommenen Kasse nachzuprüfen. Da nun für das Auseinandersetzungsverfahren das Oberversicherungsamt die letzte Instanz ist, so ist es nicht ausgeschlossen, daß verschiedene Auffassungen hervortreten.

IV. Nach § 292 kann die aufgenommene Kasse durch eine bestimmte Zahl der Versicherten und Arbeitgeber vertreten werden. Die Zahl wird sich in der Regel nach dem Verhältnis der Mitgliederzahl der aufnehmenden Kasse zur Mitgliederzahl der aufgenommenen Kasse zu richten haben, doch wird auch unbedenklich ein anderer Maßstab z. B. das Verhältnis der Vermögen zugrunde gelegt werden können. Dem Wortlaute des Gesetzes würde es genügen, wenn je ein Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber als Vertreter der aufgenommenen Kasse in den Vorstand der aufnehmenden Kasse eintreten würde. Da aber unter allen Umständen vermieden werden muß, daß sich das Stimmverhältnis zugunsten der Versicherten oder der Arbeitgeber verschiebt, so muß die Zahl der Vertreter der aufgenommenen Kasse mindestens drei betragen, von denen zwei Vertreter der Versicherten und einer Vertreter der Arbeitgeber ist. Es dürfen selbst dann nicht weniger von solchen Vertretern bestimmt werden, wenn der aufgenommenen Kasse dieses Maß von Vertretung nicht zukommt. Grundsätzlich muß also daran festgehalten werden, daß die Zahl der Vertreter durch drei teilbar ist und daß auf einen Vertreter der Arbeitgeber zwei Vertreter der Versicherten kommen. Abweichende Vereinbarungen dürfen nicht genehmigt werden.

V. Da die Vertreter der aufgenommenen Kasse Vertreter der Interessen der Versicherten dieser Kasse sind, so können sie, wie auch in der Begründung angenommen wird, nur von dem Ausschusse oder, wenn es sich um eine Vereinigung zum 1. Januar 1914 handeln sollte, von der Generalversammlung der aufgenommenen Kasse gewählt werden. Das ist auch aus dem Grunde nötig, weil bei der Verhältniswahl eine besondere Vertretung der aufgenommenen Kasse nur dann erreicht werden könnte, wenn die Wahlordnung eine solche für die Wahlvorschläge vorschreiben würde. Dazu bedürfte es aber eine Aenderung der Wahlordnung, die ein Teil der Satzung ist, also einer Satzungsänderung mit ihren Weitläufigkeiten. Für die Wahl sind die Satzungen der aufgenommenen Kasse maßgebend, bei einer Vereinigung zum 1. Januar 1914 ist also die Verhältniswahl nicht vorgeschrieben. Bei einer Vereinigung nach diesem Zeitpunkte gelten auch die §§ 12 ff. RVO. mit Ausnahme der Vorschriften über die Wahlzeit, während bei einer Vereinigung zum 1. Januar 1914 noch die Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes, auch soweit es sich um Entscheidung über die Gültigkeit der Wahl handelt, maßgebend bleiben. An der nächsten Wahl des Ausschusses der aufnehmenden Kasse nach Ablauf der Wahlzeit der Vertreter nehmen die Mitglieder der aufgenommenen Kasse wie die übrigen Mitglieder der aufnehmenden Kasse teil. Ihre Interessen

Digitized by Google

gelten alsdann als durch die Verhältniswahl genügend gewahrt.

VI. Nach den vorstehenden Ausführungen kann nicht behauptet werden, daß die Vorschrift des § 292 für die Verhältnisse der Krankenkassen besonders passend ist; das kann aber nicht weiter Wunder nehmen, weil sie aus Anschauungen heraus entstanden ist, die auf wesentlich anderen Voraussetzungen beruhen. Bei der Eingemeindung einer Gemeinde liegen besondere Interessen vor, die in örtlichen Zuständen ihre klar erkennbare Unterlage haben. Ihre Berücksichtigung in der demnächstigen Verwaltung der Gesamtgemeinde ist von selbst geboten, wobei zu berücksichtigen ist, daß nur durch eine Vereinbarung die Vertretung der aufgenommenen Gemeinde in der Verwaltung, also im Magistrate, erreicht werden kann. Ganz anders liegen die Dinge bei der Vereinigung von Krankenkassen. Die hauptsächlichste Aufgabe der Krankenkassen besteht in der Gewährung der Krankenunterstützung. Hierbei stehen sich, abgesehen von dem nach § 294 Abs. 2 gebildeten Sondervermögen, alle Mitglieder der Kasse gleich ohne Rücksicht darauf, ob sie der aufgenommenen oder der aufnehmenden Kasse angehört haben. Bei der Gewährung der Krankenunterstützung ist das Ermessen des Vorstandes ausgeschlossen. Dazu kommt, daß bei den Krankenkassen der Schwerpunkt der Verwaltung in den Händen der Beamten und Angestellten liegt. Da die Beamten und Angestellten der aufgenommenen Kasse von der aufnehmenden Kasse nach § 290 übernommen werden müssen, so ist auch gegenüber den Mitgliedern der aufgenommenen Kasse die Kontinuität der Verwaltung hinreichend gewahrt. Das gilt in erhöhtem Maße gegenüber besonderen Einrichtungen z. B. Krankenhäusern der aufgenommenen Kasse.

Viel zweckentsprechender wäre an Stelle des § 292 eine Vorschrift gewesen, wonach zu dem Zeitpunkte der Vereinigung Neuwahlen der Kassenorgane stattzufinden haben, da, wie auch in der Begründung zutreffend hervorgehoben ist, bei sofortiger Wahl der Organe unter Beteiligung der Mitglieder der aufgenommenen Kasse die Interessen dieser Mitglieder genügend durch die Verhältniswahl hinreichend gewahrt werden. Ist die Kasse aber unbedeutend, so kann sie selbst aus Billigkeitsrücksichten keine besondere Vertretung beanspruchen. Unter diesen Umständen kann den Krankenkassen nur geraten werden, von der Anwendung des § 292 abzusehen und die Vornahme von Neuwahlen unter gleichzeitiger Beendigung der Wahlzeit der vorhandenen Mitglieder der Kassenorgane der aufnehmenden Kasse zu vereinbaren. Daß sie hierzu berechtigt sind, unterliegt nach den Ausführungen in der Begründung keinem Zweifel. Jedenfalls werden dadurch an Stelle eines unzulänglichen Provisoriums sachgemäße und befriedigende Zustände geschaffen.

Digitized by Google

Neue Ziele in der deutschen Arbeiterversicherung.

Von G. Jähnel in Berlin-Friedenau.

Unter diesem Titel erschien kürzlich im „Tag" ein Aufsatz des Präsidenten des Reichsversicherungsamtes Dr. Kaufmann, durch welchen die Oeffentlichkeit beachtenswerte Mitteilungen erhielt über die von den Trägern der Sozialversicherung freiwillig übernommenen Aufgaben und Lasten zur Verhütung, Abschwächung und Heilung von Betriebs- und Berufsbeschädigungen, Vorbeugung und Bekämpfung von Volkskrankheiten, und überhaupt zur Sicherung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit der arbeitenden Klassen. Niemand verkennt die große ethische und wirtschaftliche, nicht zuletzt auch innerpolitische Bedeutung einer solchen ausgedehnten und planmäßigen Fürsorge des Staates, sowohl für die einzelnen Erwerbsgruppen, als auch für die Volksgesamtheit.

Im Anschlusse hieran sei aber auch erlaubt, auf einige Unzulänglichkeiten der neuen Versicherungsgesetze hinzuweisen, deren Beseitigung oder Ergänzung wohl zu den nächstliegenden neuen Aufgaben der Sozialversicherung gehören dürften.

I. Die vielumstrittene Forderung auf Herabsetzung der Altersgrenze für die Altersrente näher zu begründen, ist wohl nicht mehr notwendig. Die zur Vorbereitung von Beschlüssen hierüber eingesetzte Kommission von Regierungssachverständigen hat bereits im Oktober 1912 in Dresden eine Sitzung abgehalten und es ist anzunehmen, daß die Regierung zu dem bei Beratung der Reichsversicherungsordnung in Aussicht genommenen Zeitpunkte (1915) einen Gesetzentwurf einbringt, nach dem die Altersgrenze auf das 65. Lebensjahr herabgesetzt wird. Den finanziellen Bedenken der Regierung gegen die Herabsetzung der Altersgrenze um fünf Jahre wird man wohl mit dem Hinweis auf die riesigen Vermögen, die die Landesversicherungsanstalten im Laufe der Jahre angesammelt haben, und auf die bedeutenden Mehreinnahmen durch die mit der Reichsversicherungsordnung eingeführte Erhöhung der Versicherungsbeiträge (um $33^1/_3$ % für die — fast nur in Frage kommenden — oberen drei Lohnklassen) begegnen können. Viele Staaten haben die Grenze für den bedingungslosen Bezug einer Invaliden- oder Altersrente oder -Unterstützung wesentlich niedriger festgesetzt, z. B. Dänemark auf das 60. Lebensjahr, Italien bei Männer auf 60, bei Frauen auf 55, die Niederlande, Belgien, Frankreich, Ungarn, Australien auf 65 (teilweise nur für besondere Gruppen und mit Einschränkungen), Schweden auf 67 Jahre.

II. Die durch die Reichsversicherungsordnung geschaffene Witwen- und Waisenversorgung entspricht keineswegs den Anforderungen, die verschiedene Kreise, darunter bekannte und beachtete Autoritäten auf sozialem Gebiete, an eine solche glauben stellen zu dürfen. In der Tat haben die geringen Hinterbliebenenrenten allgemein enttäuscht.

Schon die Begründung des ersten Arbeiterversicherungsgesetz-Entwurfs (1881) erwähnte eine allgemeine gesetzliche Witwen- und Waisen-Zwangsversicherung. Man glaubte damals, daß die Durchführung dieser reichsgesetzlichen Versicherung Mittel erfordern würde, welche die Industrie nicht aufzubringen vermag. Dann ruhte die Frage bis bei Beratung des Zolltarifgesetzes 1903 die sogen. Lex Trimborn sie wieder in den Vordergrund stellte. Die Hoffnung auf erhebliche Ueberschüsse aus dem Nettozollertrage, die zur Schaffung einer reichsgesetzlichen Witwen- und Waisenversorgung verwendet werden sollten, erfüllte sich indes nicht uud man mußte daher, sollte der Gedanke verwirklicht werden, eine anderweitige Deckung schaffen. Das Jahr 1911 brachte uns dann die Hinterbliebenenfürsorge der Reichsversicherungsordnung.

Die Reichsversicherungsordnung kennt die Witwen- und Waisenversorgung nur als eine Erweiterung der bisherigen Invaliden- und Altersversicherung. So ist auch der Anspruch auf diese Fürsorge davon abhängig gemacht, daß der Verstorbene die Vorbedingungen für die Erlangung der Anwartschaft erfüllt hat. So sehr die Ausdehnung der staatlichen Für-

Digitized by Google

sorge auf die erwerbsunfähigen Hinterbliebenen dankbar anzuerkennen und so groß auch sonst der Fortschritt auf sozialpolitischem Gebiete ist, so kann doch nicht verschwiegen werden, daß die Hinterbliebenenleistungen der Reichsversicherungsordnung unzureichend sind. Man wollte gerade mit dieser Fürsorge die Inanspruchnahme der öffentlichen Armenpflege, die noch vielen entehrend erscheint, überflüssig machen und gewährt leider nur Leistungen, die meist hinter denen der Armenpflege zurückbleiben. Gewiß soll grundsätzlich die Sozialversicherung nur ein Minimum des Schutzes gewähren, aber die heutigen Witwen- und Waisenrenten können nicht einmal als das äußerste Minimum der Fürsorge gelten. Rein praktisch genommen wird der Bedürftige sogar schlechter gestellt: die Armenpflege gewährte gelegentlich eine knapp ausreichende Fürsorge, die aber aufhören wird, wenn der Bedürftige die — niedrigeren und unzulänglichen — staatlichen Renten erhält. Nachstehendes Beispiel wird am besten die Höhe der Renten veranschaulichen:

Ein Arbeiter erhält folgende Invalidenrente:

a) Reichszuschuß	50,— M.
b) Grundbetrag, 500 Beiträge der Lohnklasse V	100,— „
c) Rentensteigerung, je 100 Beiträge in den Lohnklassen II und III, 200 in IV und 800 in V	130,— „
nach 24jähr. ununterbrochener Beschäftigung	280,— M.

Stirbt er, so erhält seine invalide Witwe:

a) Reichszuschuß	50,— M.
b) Rentenanteil der Versicherungsanstalt, drei Zehntel des Grundbetrages u. der Steigerungssätze (230 M.) . . .	69,— „
	119,— M.

Hat der Mann drei Kinder unter 15 Jahren hinterlassen, so beträgt die Waisenrente:

für das erste Kind Reichszuschuß 25,— M. u. drei Zwanzigstel von 230 M. als Anteil der Versicherungsanstalt = 34,50, zusammen 59,50 M. und für jedes folgende Kind 25 + ein Vierzigstel von 230 = 30,75; mithin erhalten diese

Uebertrag	119.— M.
drei Kinder 59,50 + 30,75 + 30,75	121,— M.

Die Hinterbliebenenbezüge betragen demnach zusammen . . . . . 240,— M. oder für eine erwerbsunfähige Witwe und drei unerzogene Kinder monatlich zusammen 20,— M.!

Dieser Berechnung sind indes hohe Versicherungsbeiträge und eine über den Durchschnitt hinausgehende Versicherungsdauer zugrunde gelegt worden. Meist werden, wenn der Mann weniger verdient hat, oder wenn er frühzeitig stirbt, die Hinterbliebenenrenten weit unter diesen Beträgen bleiben.

Daß eine solche Fürsorge nicht ausreichend ist, wird wohl von keiner Seite bezweifelt werden; die Frage ist nur die: wie sind wir imstande, erhöhte Renten zu gewähren, ohne die Versicherten und ihre Arbeitgeber erneut mit höheren Beiträgen zu belasten? Unsere Industrie klagt über eine zu große Belastung mit sozialen Aufgaben, die Beiträge der Arbeiter haben durch die Reichsversicherungsordnung eine Steigerung erfahren, die sich verschiedentlich nach dem vollständigen Inkrafttreten des Krankenversicherungsgesetzes (1914) noch erhöhen wird und vorläufig kaum weiter in die Höhe getrieben werden darf. Der Staat leistet bereits ganz erhebliche Zuschüsse zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zunächst dürfte zu untersuchen sein, ob nicht doch die Versicherungsträger imstande wären, auf Grund des heutigen Beitragsaufkommens erhöhte Leistungen zu gewähren. Die stetig zunehmende Anhäufung kolossaler Vermögen seitens der Landesversicherungsanstalten muß geradezu zu einer solchen Vermutung herausfordern. Das Gesamtvermögen der Landesversicherungsanstalten betrug schon Ende 1911 über 1662 Mill. M., die Landesversicherungsanstalt Berlin allein besitzt heute über 100 Mill. M. Gewiß sind für eine so ausgedehnte Versicherung, wie sie die Invalidenversicherung ist, riesige Deckungsvermögen erforderlich, aber es wird doch ernstlich zu prüfen sein, ob nicht doch die Leistungen erhöht und die Prämienreserven vermindert werden können, ohne daß die versicherungstechnische Sicherheit Einbuße erleidet.

Ist aber eine Erhöhung der Renten ohne gleichzeitige Erhöhung der Beiträge nicht

Digitized by Google

möglich, so wird an eine Heranziehung der Gemeinden zu den Kosten der Arbeiterversicherung, speziell der Hinterbliebenenfürsorge, etwa nach schwedischen oder dänischen Muster gedacht werden müssen. Nach dem kürzlich in Schweden fertig gestellten Entwurfe eines Gesetzes über eine allgemeine obligatorische Pensionsversicherung werden die Versicherungsunkosten gedeckt zu zwei Fünftel von den Versicherten und drei Fünftel von Staat und Gemeinden zusammen, und zwar zahlen hiervon der Staat zwei Drittel und die Gemeinden im Verhältnis zueinander ein Drittel. Zu der Pensionssumme, welche den von den Versicherten selbst eingezahlten Beiträgen entspricht, tritt eine Zusatzpension, welche aus den Anteilen des Staates und der Gemeinden gezahlt wird. Die Zusatzpension beträgt für Männer 150, für Frauen 125 K. jährlich (= 169,50 bzw. 141,25 M.), vorausgesetzt, daß der Versicherte kein anderes Einkommen als die Pension hat, anderenfalls die Pension um die Hälfte der Summe dieses Einkommens gekürzt wird. Die Versicherten haben an Beiträgen etwa $8^1/_2$ Mill. oder nur 40 % der Gesamtkosten der Versicherung aufzubringen, der Beitrag des Staates wächst von 1 allmählich auf 21 Mill. und der der Gemeinden von $^1/_2$ auf ungefähr $10^1/_2$ Mill., während gleichzeitig die Kosten der Armenpflege um nahezu denselben Betrag abnehmen. Die Begründung des Gesetzentwurfs hebt hervor, daß durch eine allgemeine Pensionsversicherung die Gemeinden ganz erheblich entlastet werden und daß man nicht umhin konnte, sie, zumal sie ja auch durch die wirtschaftliche Besserung ihrer Bevölkerung profitieren, zu einem Teil der Lasten heranzuziehen. Tatsächlich ist gerade bei uns in Deutschland seit dem Bestehen der Arbeiterversicherung überall ein Sinken der Armenlasten statistisch festgestellt worden. Zwar klagen unsere Gemeinden viel und mit Recht über die große Belastung mit staatlichen Geschäften, aber vorliegend dürfte es sich um die Erfüllung einer Aufgabe handeln, die den Gemeinden in anderer Form — als Armenlast — immer obgelegen hat und deren Wirkung gerade den Gemeinden bzw. ihrem Bürgerstande wieder zugute kommt. Die durch die Aufwendungen für soziale Zwecke gehobene Volksgesundheit, Arbeitsfähigkeit und -Freudigkeit, die Konsum- und Kaufkraft der breiten Massen kommen in erster Linie dem Wirtschaftsleben der Gemeinden zugute.

III. Berechtigte Zweifel bestehen ferner über den Wert der durch die Reichsversicherungsordnung eingeführten freiwilligen Zusatzversicherung. Für jede Zusatzmarke zu 1 M. erhält der Versicherte eine jährliche Zusatzrente von sovielmal 2 Pfg., als beim Eintritt der Invalidität Jahre seit Verwendung der Marke verflossen sind. Die Zusatzrente ist außerordentlich niedrig, z. B. beträgt sie bei Entrichtung von monatlich einer Zusatzmarke und jährlicher Aufrechnung der Quittungskarte nach 25 Jahren jährlich 78 M.! Allerdings kann auch jede beliebige Zahl Marken auf einmal verwendet werden. Kauft jemand im Alter von 30 Jahren für 1000 M. Zusatzmarken, so erhält er bei Invalidität nach dem 60. Lebensjahre jährlich 600 M. Zusatzrente. Zu bedenken ist aber: 1. daß die Zusatzrente nur dann eine merkliche Erhöhung der Invalidenrente sein kann, wenn die Zusatzmarken schon vor einer Reihe von Jahren vor dem Eintritt der Invalidität geklebt worden sind. Nach der Wahrscheinlichkeitsrechnung ist also die Verwendung von Zusatzmarken nur in jungen Jahren zu empfehlen, wobei aber immer noch nicht vergessen werden darf, daß die Invalidität schnell eintreten kann. 2. Daß für den Fall des Ablebens des Versicherten vor dem Eintritt der Invalitität die gesamten verwendeten Beiträge der Versicherungsanstalt verfallen.

Schon die zur Beratung des Gesetzentwurfs s. Z. eingesetzte Kommission hat die Regierungsvertreter darauf aufmerksam gemacht, daß die Möglichkeit, alle Beiträge nutzlos geopfert zu haben, wenn keine Invalidität eintrete, allgemein von einer Zusatzversicherung abschrecken wird, wenigstens würden nennenswerte Beträge nicht riskiert werden. Der Vertreter der verbündeten Regierungen erklärte aber, daß eine Erstattung nicht möglich sei, und daß auch unter Berücksichtigung der verfallenden Beträge weder höhere Renten als die vorgeschlagenen, noch — wie angeregt — Alters-, Witwen- und Waisenrenten aus der Zusatzversicherung gewährt werden können. In der daran anschließenden Debatte äußerten sich verschiedene Redner, daß die Zusatzversicherung „nicht den geringsten Wert habe", man müsse

Digitized by Google

die selbständigen Gewerbetreibenden und Handwerker, für die sie hauptsächlich geschaffen sei, „geradezu davor warnen". Die Zusatzversicherung ist in der Tat vornehmlich gedacht als weitere Möglichkeit und Anreiz zur freiwilligen Versicherung der kleinen, zur Teilnahme an der Versicherung berechtigten selbständigen Unternehmer. Das mit ihr verbundene Risiko des Verlustes aller Einzahlungen wird aber gerade die nicht oder nicht mehr dem Versicherungszwange unterliegenden Personen abschrecken. Eine Reform ist daher hier, wenn die Versicherung überhaupt beibehalten werden soll, dringend notwendig.

IV. Die Ausdehnung des Versicherungszwanges auf die kleinen selbständigen Gewerbetreibenden, Handwerker, Landwirte usw. ist letzthin verschiedentlich Gegenstand ausgiebiger Erörterungen gewesen. Ein Wiederholen der Gründe für und wieder eine solche Maßnahme dürfte sich hier erübrigen. Die im September 1912 in Zürich zusammengetretene internationale Konferenz für Sozialversicherung hat in acht Leitsätzen sich generell für eine Ausdehnung des Versicherungszwanges auf die kleinen Selbständigen ausgesprochen. Prof. Dr. Pilotý-Würzburg, der Referent des Deutschen Komitees auf der Züricher Woche, hat seine dort zu der Frage gemachten Ausführungen kürzlich in der Zeitschrift „Zeit im Bild" veröffentlicht (Nr. 22 für 1913) und hier, unter Anerkennung der Notwendigkeit der Versicherung dieser Personengruppen, alle wesentlichsten Bedenken gegen die zwangsweise Versicherung objektiv vorgebracht und begründet. Verfasser dieses hat sich bereits vordem in einer besonderen Schrift mit der Frage der Ausdehnung des Versicherungszwanges auf die kleinen selbständigen Landwirte beschäftigt[1]).

Auf die Einwände und Bedenken gegen eine zu weit ausgedehnte Sozialversicherung kann hier schon des beschränkten Raumes wegen nicht eingegangen werden. Dr. Kaufmann hat in Zürich ein eingehendes Referat über Licht und Schatten in der deutschen Arbeiterversicherung gehalten und hierbei die großen Vorteile der Besserung und Sicherung der wirtschaftlichen Lage der Arbeiterschaft für die Oeffentlichkeit, für Staat und Gemeinden, sowie für die gesamte Volkswirtschaft schlagend bewiesen. Alles, was über Entartung, überspannte Bevormundung, Aufhören des persönlichen Verantwortungsgefühls, Rentensucht usw. vorgebracht wird, muß verschwinden unter dem Eindrucke der unleugbaren Vorteile der Versicherung.

Schwer zu lösen ist die Kostenfrage einer Versicherung der Selbständigen. Die Versicherten werden unmöglich allein mit dem ganzen Deckungsbetrage belastet werden können, und da beitragspflichtige Arbeitgeber nicht vorhanden sind, bleibt als zahlender Dritter nur der Staat oder die Gemeinde übrig. Und daran wird wohl die ganze Frage scheitern! Das Thema soll auf dem nächsten 1915 in Amerika stattfindenden internationalen Kongreß für Sozialversicherung weiter erörtert werden.

V. Dringend notwendig ist eine planmäßige Aufklärung über Wesen und Bedeutung der freiwilligen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Die verschiedensten Aufklärungsschriften dringen zu wenig in die breite Masse der zur Teilnahme an der Versicherung Berechtigten. Hier könnten unsere Volks- und Fortbildungsschulen, die Fachschulen und Seminare durch geschickte Aufklärung überaus segensreich wirken. Tausende gehen heute der Segnungen der Arbeiterversicherung verlustig lediglich, weil sie nicht wissen, welche Versicherungsmöglichkeiten ihnen geboten sind, und andere Tausende aus Unkenntnis der Vorteile einer Weiterversicherung!

Ich habe hier, ohne auf die anderen Gebiete der Arbeiterversicherung einzugehen, lediglich aus dem Rahmen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung einige Punkte, die mir in der Praxis aufgefallen sind, herausgegriffen und die zweifellos einer Durchbildung und Ausgestaltung bedürfen. Im Interesse der Allgemeinheit ist zu wünschen, daß auch diese Ziele der Arbeiterversicherung bald erfüllt werden möchten.

[1]) Jähnel, „Die Altersversorgung des Landwirts", Landbuchhandlung Berlin 1913.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

(H.) Können die Versicherungsträger im Konkurse des Beitragsschuldners Gebührenfreiheit beanspruchen?

Beschluß des Landgerichts I Berlin, 2. Zivilkammer, vom 11. Juli 1913.

Die Gläubiger haben im Konkursverfahren grundsätzlich keine Gebühren zu entrichten; doch tragen Gläubiger, welche Forderungen nach dem Prüfungstermine anmelden, die Kosten des besonderen Prüfungstermins nach § 142 Abs. 3 Konk.Ordg. Dazu gehört neben den baren Auslagen auch eine Gebühr nach § 54 Gerichtskostengesetz. Es ist ein alter Streit, ob die Träger der Unfall- und der Invalidenversicherung von dieser Gebühr befreit sind (verneinend z. B. Arb.-Versorgg. 1903 S. 772, 1905 S. 319; bejahend z. B. 1904 S. 297, 1907 S. 266). Jetzt geht diese Frage alle Versicherungsträger, auch die Krankenkassen an, da es sich darum handelt, ob die Anmeldung einer Forderung im Konkursverfahren ein Ersuchen um Rechtshilfe im Sinne des § 115 RVO. und daher nur auslagenpflichtig nach § 117, nicht aber gebührenpflichtig ist. Das Amtsgericht Berlin-Mitte versagt die Gebührenfreiheit. Beschwerden hierüber wurden vom Landgericht I Berlin zurückgewiesen, zuletzt mit folgender Begründung:

Zu Unrecht verlangt die Beschwerdeführerin auf Grund des § 115 RVO. Niederschlagung der Prüfungsgebühr, da es sich bei der Abhaltung des Prüfungstermins nicht um einen Akt der Rechtshilfe im Sinne dieser Vorschrift handelt. Nach § 115 a. a. O. sind die öffentlichen Behörden nur verpflichtet, den „im Vollzuge" der Reichsversicherungsordnung an sie ergehenden Ersuchen der Organe der Versicherungsträger zu entsprechen; danach sind die Versicherungsträger befugt, diejenigen Funktionen, die ihnen die Reichsversicherungsordnung selbst zuerteilt, auch durch andere Behörden ausführen zu lassen. Zu diesen Funktionen gehört z. B. die Beitreibung der rückständigen Beiträge (§ 28 RVO.), nicht aber deren Feststellung im Konkurse. Denn diese Feststellung ist eine — von dem Beitreibungsverfahren völlig verschiedene und unabhängige — ausschließlich gerichtliche Funktion.

Anmerkung: In gleichem Sinne Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 zu § 115 RVO. S. 93, 94.

B. Zur Krankenversicherung.

Ungerechtfertigtes Verlassen des Kassenbezirkes. Dringender Fall. Haftung der Krankenkasse bei Ausstellung eines Krankenscheines für ein bereits ausgeschiedenes Mitglied.

Entsch. des Landgerichts in Bonn vom 26. April 1913.

Der Arbeiter C. war vom 3. bis 6. Februar 1909 bei dem Elektrotechniker P. in Bonn in Beschäftigung. Am 8. Februar holte er sich bei der Kasse einen Krankenschein, welcher ihm, da die Abmeldung seitens des Arbeitgebers noch nicht erfolgt war, auch ausgestellt wurde. Die Abmeldung seitens des Arbeitgebers erfolgte am 11. Februar 1909. C. begab sich mit dem ausgestellten Krankenschein nach C. in die Behandlung des dortigen Arztes B. Dieser verschrieb ihm Arzneien, welche er sich bei dem Apotheker G. in C. anfertigen ließ. Die Kasse lehnte, nachdem sie bereits vorher auch dem behandelnden Arzt Dr. B. die Zahlung des Honorars verweigert hatte, die Zahlung der Kosten für Arzneien ab, weil C. am 8. Februar 1909 nicht mehr Mitglied gewesen sei und deshalb keine Ansprüche auf Unterstützung mehr gehabt hätte und C. ohne dringenden Grund den Kassenbezirk verlassen und sich in Behandlung eines fremden Arztes begeben und die Arzneien aus einer fremden Apotheke entnommen hatte. Der Apotheker G. erhob hierauf Klage, welche vom Amtsgericht abgewiesen wurde. Die vom Kläger erhobene Berufung wurde vom Landgericht zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Bei der Prüfung der Ansprüche des Klägers ist zunächst von der Frage auszugehen, ob C. am 8. Februar 1909 noch Mitglied der beklagten Kasse war oder aus einem sonstigen Grunde einen Unterstützungsanspruch gegen diese geltend machen konnte.

C. war auf Grund seiner Tätigkeit bei dem Elektrotechniker P. in B. vom 3. bis 6. Februar Pflichtmitglied der B. Ortskrankenkasse. Die Mitgliedschaft eines Versicherungspflichtigen endet gemäß den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes mit dem Aufhören der Beschäftigung, die das Versicherungsverhältnis hat entstehen lassen. Die gesetzlichen Vorschriften über An- und Abmeldung der versicherten Arbeiter haben nur ordnungspolizeiliche Bedeutung und zwar auch nur zwischen den anmeldepflichtigen Dienstherren und der Kasse, sind aber für das Bestehen einer Mitgliedschaft gegenstandslos. Da C. nun am 6. Februar 1909 aus seiner Beschäftigung entlassen ist, auch in B. keine neue versicherungspflichtige Tätigkeit eingegangen ist, so ist also seine Pflichtmitgliedschaft auch am gleichen Tage erloschen.

Er hat sich dann am 8. Februar, ohne hierzu berechtigt zu sein, von der Beklagten einen Krankenschein ausstellen lassen. Kläger will hierin die Absicht des C. erblicken, die Versicherung gemäß § 27 KVG. als eine freiwillige fortzusetzen. Eine

Digitized by Google

solche Absicht des C. ist schon deshalb nicht anzunehmen, weil er bereits am 11. Februar in C. gewohnt hat, um sich dort eine neue Anstellung zu suchen. Aber selbst wenn man eine dahingehende Absicht des C. annimmt, ist ein freiwilliges Versicherungsverhältnis gemäß § 27 KVO. nicht zustande gekommen und zwar aus folgenden Erwägungen: Die freiwillige Fortsetzung der Versicherung ist ein rechtsgeschäftlicher Akt, der sich durch eine dahingehende Erklärung oder wenigstens durch die konkludente Handlung der Beitragsleistung bekunden muß (vgl. Hahn, Kommentar zum KVG. Anm. 2 und 4 zu § 11, Anm. 1a zu § 27). Eine freiwillige Weiterversicherung muß innerhalb der Frist von einer Woche in einer der beiden vorbezeichneten Weisen erfolgen, sonst erlischt dieser Vergünstigungsanspruch. In der Zeit vom Ausscheiden aus der die Pflichtversicherung begründenden Beschäftigung bis zur Fälligkeit des ersten freiwilligen Beitrags besteht ein Schwebezustand. Wird der bisher Versicherte krank und erfolgt noch rechtzeitig die zur Begründung der Weiterversicherung erforderliche Bedingung der formlosen Erklärung oder Beitragsleistung, so gilt die Versicherung als ununterbrochen fortgesetzt; andernfalls ist die Mitgliedschaft bereits mit dem Aufhören der versicherungspflichtigen Beschäftigung beendet. Da nun C. die Absicht, die Pflichtversicherung freiwillig fortzusetzen, in keiner der beiden vorgeschriebenen Möglichkeiten bekundet hat, so war seine Mitgliedschaft am 6. Februar 1909 erloschen, ohne daß überhaupt eine freiwillige Versicherung entstanden ist.

Da Kläger nicht behauptet hat, daß C. schon vor diesem Tage erkrankt sei, so kann auch ein Weiterbestehen der Zwangsversicherung gemäß § 54a KVG. nicht in Betracht kommen.

Mit dem Ende der Mitgliedschaft erlischt aber regelmäßig auch die Unterstützungspflicht einer Krankenkasse. Kläger behauptet aber, selbst wenn keine Mitgliedschaft des C. mehr bestanden habe, sei die Beklagte zur Unterstützung verpflichtet, da sie durch die Ausstellung des Krankenscheines ihre Leistungspflicht anerkannt habe. Diese Auffassung ist irrig, da dieser Schein laut ausdrücklichem Vermerk nur als Ausweis gegenüber einem der Krankenkassenärzte und zur Kontrolle der Krankenkasse dient. Auch tragen die Rezepte, auf Grund deren G. die Arzneien an C. lieferte, sämtlich den Vermerk: „Lieferungen vorstehender Art werden nur dann seitens der Krankenkasse bezahlt, wenn dieselben den Stempel der Krankenkasse tragen." Irgendein diesbezüglicher Stempel ist aber auf den Rezepten nicht vorhanden.

Die einzige Möglichkeit des Bestehens von Unterstützungsansprüchen ohne die Voraussetzung der Mitgliedschaft wäre die gewesen, daß C. gemäß § 28 KVG. vor Eintritt der Erwerbslosigkeit drei Wochen lang ununterbrochen einer Krankenkasse angehört hätte. Dabei wäre es nicht nötig, daß C. die drei Wochen hindurch in ein und derselben Kasse verblieben wäre, sondern es käme darauf an, ob er überhaupt einer der Kassen angehörte, für die § 28 Geltung hat. Auf den in dieser Richtung angetretenen Beweis kann es aber gar nicht ankommen und er mag als geführt unterstellt werden; solange nämlich C. in rechtsverbindlichen Beziehungen mit der B. Ortskrankenkasse stehen wollte, mußte er sich ihren Bestimmungen unterwerfen; dies hat er aber zweifellos nicht getan. Die Krankenkasse hat nämlich in Ausübung des ihr in § 26a Ziff. 2b KVG. zugestandenen Rechtes im § 21 ihres Statuts bestimmt, daß ihren erkrankten Mitgliedern die Arznei durch die mit der Kasse in Geschäftsverbindung stehenden Apotheken geliefert wird, und daß die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Apotheken entstehenden Kosten, abgesehen von dringenden Fällen, abgelehnt werden kann. Da nun C. bereits in B. erkrankt war, hätte er sich auch hier untersuchen lassen müssen oder, wenn er einen anderen, auswärtigen Arzt aufsuchen wollte, die Genehmigung der Kasse nachsuchen müssen. Das Verhalten des C. kann daher als ein Verzicht auf die Leistungen der Kasse angesehen werden. Aber selbst, wenn man auch noch hiervon absieht, steht dem Kläger doch kein Anspruch auf die geforderte Summe zu, denn Dringlichkeit im Sinne des Gesetzes und damit auch des Kassenstatuts liegt nur dann vor, wenn es objektiv erforderlich ist, daß der Erkrankte den ihm nächsten Arzt wegen drohender Gefahr in Anspruch nimmt. Daß eine solche Dringlichkeit aber vorgelegen hat, behauptet Kläger selber nicht; vielmehr gibt er als Grund für seine Inanspruchnahme an, daß die Fahrt nach B. für C. mit Umständen und Kosten verbunden gewesen wäre, und daß ihm eine solche daher nicht hätte zugemutet werden können. — Diese Auffassung ist irrig, da es sich hier nicht um einen dringenden Fall handelt, sondern um eine Erschwerung der Behandlung gemäß den Vorschriften des Kassenstatuts und diese Erschwerung wiederum lediglich auf das schuldhafte Verhalten des C. zurückzuführen ist. Gegen eine solche Auffassung, wie sie der Kläger von dem Vorliegen einer Dringlichkeit hat, spricht übrigens auch der Umstand, daß dann die Verträge der Kasse mit ihren Aerzten und Apotheken sowie jegliche Ueberwachung der Mitglieder illusorisch würden, da sich die Erkrankten dann, wie im vorliegenden Falle C., ja jeglicher Kontrolle der Kasse bezüglich der Notwendigkeit und der Durchführung der Heilbehandlung im Sinne der Kasse entziehen könnten, und infolgedessen der Kasse die

Digitized by Google

größten Schäden erwachsen würden. Grundsätzlich hat der Gesetzgeber der Kasse freien Spielraum für die Art der Erfüllung ihrer gesetzlich vorgeschriebenen Pflichten geben wollen und hat nur für den Fall der unverschuldeten und unvermeidlichen Dringlichkeit im Interesse des einzelnen diese Ausnahmebestimmung getroffen. Daher ist dem Kläger gemäß § 21 des Statuts kein Anspruch gegen die Beklagte entstanden, selbst wenn C. an sich einen solchen gehabt hätte.

Ungerechtfertigte Bereicherung liegt nicht vor, weil die Beklagte durch eben jenen § 21 ihres Statuts ein gesetzlich geschütztes Recht hat, die geforderte Leistung zu verweigern, und auftragslose Geschäftsführung kann der Kläger nicht geltend machen, einmal weil ein öffentliches Interesse nur im Falle der Dringlichkeit vorgelegen hätte, und andererseits, weil die gesetzliche Unterhaltungspflicht der Beklagten durch das Verhalten des C. erloschen war.

Endlich kann aber der Kläger auch aus der Ausstellung des Krankenscheines keinen Anspruch herleiten, da dieser nur Bedeutung für den ordnungsmäßigen Verkehr zwischen der Krankenkasse und ihren Aerzten hat. Dieses mußte dem Kläger auch aus seinem Geschäftsbetrieb bekannt sein, außerdem mußte ihm ja auch der ausdrückliche Vermerk auf dem Rezepte, daß die Kasse nur solche Rezepte bezahle, die mit ihrem Stempel versehen sind, auf die tatsächlichen Folgen hinweisen. Jedenfalls kann in der Ausstellung des Scheines keine unerlaubte Handlung der Beklagten erblickt werden.

Schwangerschaft und Krankheit. — Pflichtversicherung endet mit Aufhören der Beschäftigung, nicht erst mit Ablauf des Kalendertages. — Beschäftigungsverhältnis der in eine Wohltätigkeitsanstalt Aufgenommenen.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 1. April 1913.

Der Vorderrichter geht zutreffend davon aus, daß die Schwangerschaft an sich keine Krankheit ist, und daß die Wehen, als normale Begleiterscheinungen der Schwangerschaft, nichts Krankhaftes sind. Wenn er ferner ausführt, daß die Sch. einen Anspruch auf Krankengeld usw. gegen die Beklagte nur hatte, sofern beim Eintritt des krankhaften Verlaufs des Wochenbettes infolge des Dammrisses das die Versicherungspflicht begründende Arbeitsverhältnis noch bestand, so ist dem beizutreten, wenn eine Versicherungspflicht der Hausschwangeren überhaupt anzuerkennen ist. Dem Vorderrichter ist, mit demselben Vorbehalte, auch darin zuzustimmen, daß das Arbeitsverhältnis der Sch. mit dem Augenblicke endigte, als sie wegen Eintretens der Wehen in die Entbindungsabteilung überführt wurde. Das bekämpft zwar der Kläger, indem er ausführt, wenn die Hausschwangere am Tage der Entbindung noch gearbeitet habe oder zur Arbeit sich zur Verfügung gestellt hätte, so müsse das Arbeitsverhältnis als für den ganzen Tag fortbestehend angesehen werden, weil das für die Beschäftigung ausbedungene Entgelt in Form von Kost, Wohnung und Unterkunft seiner Natur nach für einen kürzeren Zeitraum als einen Tag nicht gewährt werden könne, so daß das Beschäftigungsverhältnis notwendig auch den ganzen (Kalender-) Tag umfassen müsse. Die Sch. sei überdies, während sie zur Arbeit zur Verfügung stand, von den Wehen überfallen; es habe also während ihres Arbeitsverhältnisses der die Krankheit einleitende Entbindungsakt begonnen. Diese Ausführungen des Klägers gehen indessen fehl. Aus dem Umstande, daß das Krankenversicherungsgesetz eine Versicherungspflicht für einen kürzeren Zeitraum als einen Kalendertag nicht kennt (vgl. das vom Kläger angeführte Urteil des Landgerichts I zu Berlin vom 26. Oktober 1897, Arb.-Versorgg. 1898 S. 276) folgt keineswegs, daß ein Beschäftigungsverhältnis nur mit dem Ende des Tages, an dem eine Beschäftigung überhaupt stattgefunden hat, sein Ende finden könne; es folgt daraus nur die Dauer und Begrenzung der Beitragspflicht, welche sich nach dem Tagelohn bemißt. Die Beschäftigung in einem versicherungspflichtigen Betriebe im Sinne des § 1 KVG. selbst, endet mit dem Zeitpunkt, in dem das Arbeits- oder Dienstverhältnis wirklich gelöst, tatsächlich und rechtlich aufgehoben wird (vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz, 7. Aufl. S. 30 Anm. c zu § 1, Rosin, Recht der Arbeiterversicherung, Bd. 1 S. 176, 177). Demnach dauert die Krankenversicherung nach dem Ausscheiden des Versicherten aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung für die auf das Ausscheiden folgenden Stunden desselben Tages keineswegs fort, es sei denn, daß eine freiwillige Fortsetzung der Versicherung anzunehmen wäre. Hiervon gehen auch die in der Arb.-Versorgg. von 1896 S. 509 und von 1909 S. 451 mitgeteilten Entscheidungen des Badischen und des Sächsischen Verwaltungsgerichtshofs aus, denen beizutreten ist (vgl. auch von Frankenberg, Arb.-Versorgg. von 1906 S. 105). Insoweit würde auch der Vorderrichter mit Recht annehmen, daß das Arbeitsverhältnis der Sch. mit ihrer Ueberführung in die Entbindungsabteilung wirklich gelöst worden sei, also zu einer Zeit, wo von einer Erkrankung, dem späteren krankhaften Verlauf der Entbindung (Dammriß) und des Wochenbettes, keine Rede sein konnte. Damit steht das Schreiben der Direktion des

Digitized by Google

Krankenhauses vom 9. Juni 1911 an die Armendirektion im Einklange, daß nach ihrer Auffassung die Beschäftigung der Hausschwangeren nur bis zu dem Augenblicke dauert, in dem die Entbindung beginnt; nur bis dahin besteht die Absicht der Direktion, jene mit häuslichen Arbeiten zu beschäftigen. Daß mit diesem Zeitpunkte die Beschäftigung als Hausschwangere endet, ist eine beim Eintritt ins Haus ausdrücklich oder stillschweigend abgemachte Bedingung. War hiernach die Sch. jedenfalls zu der Zeit, als sie im Verlauf der Entbindung der krankhaften Störung ihres Wochenbettes verfiel, nicht mehr im Dienste des Krankenhauses beschäftigt, so war sie zur Zeit der Erkrankung nicht mehr Mitglied der beklagten Betriebskrankenkasse. Für die Kassenmitgliedschaft kommt es nicht darauf an, in welcher Weise und an welchem Tage, ob für den der Entbindung oder den vorhergehenden, die Direktion die Hausschwangere bei der Beklagten abgemeldet hat. Da die Mitgliedschaft vermöge Eintretens in die Beschäftigung kraft Gesetzes eintritt und ihre Fortdauer an die Beschäftigung geknüpft ist, so ist die Anmeldung als solche für die vorliegende Streitfrage nicht von entscheidender Bedeutung.

Dies reicht aber nicht aus, um die Abweisung der Klage, die der Vorderrichter ausgesprochen hat, zu begründen.

Zunächst ist die Versicherungspflicht als vorhanden unterstellt, zu untersuchen, ob nicht die Sch. nach dem Ausscheiden aus der Kasse Ansprüche an diese hatte, weil sie ununterbrochen drei Wochen einer auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes errichteten Krankenkasse (§ 28 dieses Gesetzes) angehört hat. Der Vorderrichter verneint diese Frage, weil er es als unbestritten annimmt, daß eine ununterbrochene dreiwöchige Kassenangehörigkeit nicht vorgelegen habe. Daß die Parteien auf diesen Punkt im Verwaltungsstreitverfahren nicht eingegangen sind, genügt nicht zu der Feststellung des Vorderrichters. Aus den Akten der Armendirektion 28 Nr. 10592 ist nicht festzustellen, ob die Sch., die bis zum 1. Januar 1911 der Ortskrankenkasse der Gastwirte und verwandten Gewerbe angehört hat, aus dieser mit Anfang des Jahres 1912 ausgeschieden ist, oder ob sie ihr nicht vielmehr bis zu ihrer Aufnahme in das Rudolf-Virchow-Krankenhaus angehört hat. Eine Notiz auf Seite 23 der genannten Akten deutet auf die letztere Möglichkeit hin. Wäre sie aber bis zu dem genannten Zeitpunkt bei der letzterwähnten Krankenkasse versichert gewesen, so würde sie nach § 28 KVG. an die Beklagte Ansprüche gehabt haben.

Andernfalls wäre zu prüfen, ob der Sch. gemäß § 20 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. ein Anspruch auf Wöchnerinnenunterstützung zur Seite stand. Auch die Wöchnerinnenunterstützung fällt unter die Bestimmungen des § 57 Abs. 2 dieses Gesetzes, und es muß angenommen werden, daß die Klage sich gegebenenfalls auch auf die der Sch. zustehende Wöchnerinnenunterstützung bezieht. Es wird deshalb festzustellen sein, ob die Voraussetzungen für den Anspruch auf Wöchnerinnenunterstützung vorliegen. Daß der den Anspruch auf Wöchnerinnenunterstützung begründende Entbindungsfall sich unmittelbar an die Beschäftigung der Sch. als Hausschwangere anschloß, läßt sich nach Lage der Sache nicht bezweifeln.

Wenn der Vorderrichter die im Vordergrunde stehende Frage, ob überhaupt eine versicherungspflichtige Beschäftigung der Hausschwangeren angenommen werden kann, bejaht hat, weil die Parteien darüber einig gewesen seien, so befindet er sich im Rechtsirrtum. Es handelt sich hierbei keineswegs um ein tatsächliches Verhältnis, das unter Umständen als durch Erklärungen der Parteien festgestellt angesehen werden kann, sondern um ein Rechtsverhältnis, das aufzuklären und festzustellen Sache des Gerichtes ist. Dies wird der Vorderrichter nachzuholen haben. Bei der Prüfung wird in Betracht kommen, ob und inwieweit die Beschäftigung der Hausschwangeren, deren unentgeltliche Aufnahme die Beklagte ausdrücklich als einen Akt der Wohltätigkeit bezeichnet, für die Krankenhausverwaltung von erheblichem wirtschaftlichem Werte ist oder ob sie etwa überwiegend ihnen zugewiesen wird zur Ausfüllung ihrer Zeit und zur Förderung ihrer Gesundheit, die eine Untätigkeit in der Regel nicht verträgt; dabei dürfte sich fragen, ob das etatsmäßige Krankenhaus-Hauspersonal so bemessen ist, daß es zur Bewältigung der Hausarbeiten ausreicht oder ob dabei auf die in der Regel vorhandenen, nach der Hausordnung als überzähliges Hauspersonal zu beschäftigenden Hausschwangeren gezählt werden muß und gezählt wird, ob etwa durch die Heranziehung der letzteren, sei es an etatsmäßigem, sei es an sonst aushilfsweise erforderlichem, gegen Lohn anzunehmendem Personal gespart wird.

Unter diesen Umständen war die Entscheidung des Vorderrichters aufzuheben und die Sache zur anderweitigen Prüfung und Entscheidung nach den vorstehenden Darlegungen zurückzugeben.

Digitized by Google

C. Zur Unfallversicherung.

Zwingende Bedeutung des § 88 Abs. 3 GUVG.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 14. Juni 1913.

Nach § 88 GUVG. erfolgt nach Ablauf der ersten fünf Jahre von der Rechtskraft desjenigen Bescheides, durch welchen die Entschädigung zuerst endgültig festgestellt worden ist, sofern nicht zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Empfangsberechtigten ausdrückliches Einverständnis erzielt ist, eine anderweite Feststellung nur auf Antrag durch Entscheidung des Schiedsgerichts, jetzt des Oberversicherungsamts. Diese Vorschrift ist eine derart zwingende, daß ein ihr entgegen von der Berufsgenossenschaft erlassener Rentenfestsetzungsbescheid, auch wenn er sachlich gerechtfertigt erscheint, der Rechtswirksamkeit ermangelt und daher im Berufungsverfahren aufgehoben werden muß.

Vorstehende Erwägungen führen auch im vorliegenden Falle zur Aufhebung des Bescheides und der angefochtenen Entscheidung, durch welche die Berufung gegen den Bescheid zurückgewiesen worden ist. Denn der hier in Frage stehende Unfall hat sich am 25. April 1896 ereignet und der erste Rentenfestsetzungsbescheid ist am 22. Oktober 1896 rechtskräftig geworden. Der neue Bescheid ist aber erst am 9. Mai 1912 ergangen, also nach Ablauf von mehr als 15 Jahren, und es läßt sich für seine Rechtsgültigkeit auch nicht der § 91 a. a. O. heranziehen, da in der Ausbesserung und Neuanfertigung des künstlichen Beines ein neues Heilverfahren nicht erblickt werden kann. Die Berufsgenossenschaft durfte daher nicht in eigener Zuständigkeit einen Herabsetzungsbescheid erlassen, sondern mußte sich mit einem darauf gerichteten Antrage an das Schiedsgericht wenden. Unterlag sonach der Bescheid der Berufsgenossenschaft der Aufhebung, so ließ sich auch das Urteil des Oberversicherungsamts nicht aufrecht erhalten. Denn dieses durfte über den Mangel nicht, wie geschehen, hinwegsehen, und dies um so weniger, als bei einem ordnungsmäßigen Verfahren im Hinblick auf die Bestimmungen des § 89 Abs. 4 und § 90 Abs. 1 a. a. O. sich vermutlich ein anderer, und zwar späterer Zeitpunkt der Rentenherabsetzung ergeben haben würde (zu vgl. Rekursentsch. 2201, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1907 S. 486). Ob für das Oberversicherungsamt die Voraussetzungen gegeben waren, selbständig eine Rentenminderung vorzunehmen (zu vgl. Rekursentsch. 2280, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1908 S. 657), kann unerörtert bleiben, da es ausdrücklich erklärt hat, von dieser Befugnis keinen Gebrauch machen zu wollen.

Hiernach rechtfertigt sich die Aufhebung beider vorinstanzlichen Entscheidungen, und es muß der Berufsgenossenschaft überlassen bleiben, sich nunmehr mit einem gehörigen Antrag an das Oberversicherungsamt zu wenden.

Anmerkung: Nach neuem Rechte erfolgt grundsätzlich die Neufeststellung wegen Änderung der Verhältnisse durch die Versicherungsträger selbst (§§ 1600 ff. RVO.). Die Entscheidung hat daher nur noch sehr bedingte Bedeutung nach Art. 89 Einf. Ges. z. Reichsversicherungsordnung.

Zur Auslegung des § 93 Abs. 3 Satz 2 GUVG. (§ 613 Abs. 1 RVO.)

Entscheidung des **Bayr. Landes-Versicherungsamtes** vom 11. Oktober 1911.

Der Verletzte W. war vom 16. November bis 6. Dezember 1910 von der Berufsgenossenschaft in einer Heilanstalt untergebracht: für die gleiche Zeit hat er auch von der Berufsgenossenschaft die Angehörigenrente erhalten. Er beansprucht diese Rente (die nach Lage der Sache höher ist als seine eigene Unfallrente) für den ganzen Monat Dezember 1910. Das Schiedsgericht hat in diesem Sinne erkannt. Der dagegen gerichtete Rekurs der Berufsgenossenschaft ist unbegründet.

Allerdings hat die Bestimmung des § 93 Abs. 3 Satz 2 GUVG. nur den Fall des Zusammentreffens einer Rente des Verletzten mit der der Hinterbliebenen im Auge; die analoge Anwendung dieser Bestimmung auf den hier vorliegenden Fall, daß für einen Teil eines Monats die Rente des Verletzten mit der seiner Angehörigen zusammentrifft, ist nicht nur nach der Rechtsprechung des Kgl. Landesversicherungsamts zulässig, sondern wird von der Berufsgenossenschaft auch gar nicht beanstandet. Diese macht nur geltend, daß vor allem das Schiedsgericht zu der getroffenen Entscheidung nicht zuständig gewesen sei, da § 93 GUVG. nur Vollzugsbestimmungen enthalte, für welche die Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden gegeben sei. Abs. 3 Satz 2 daselbst ist aber keine bloße Vollzugsvorschrift in dem von der Rekursklägerin gemeinten Sinne, sondern enthält für einen bestimmten Fall die sachliche Bestimmung, welche Rente zu beanspruchen sei; für die Entscheidung hierüber ist die Zuständigkeit des Schiedsgerichts nach § 76 GUVG. zweifellos gegeben. Die Ansicht der Berufsgenossenschaft aber, die fragliche Bestimmung komme nur zur Anwendung, wenn

Digitized by Google

die Rente bereits bezahlt sei, findet im Wortlaute und im Sinne des erwähnten § 93 keine Stütze. In Satz 2 des Abs. 3 ist von vorgängiger Zahlung der Rente keine Rede, auch kann diese Voraussetzung nicht aus Satz 1 herübergenommen werden. Wenn durch das Gesetz den Angehörigen eines Verletzten die sie selbst treffende Rente zugesprochen wird, falls diese höher ist als die des Verletzten, so ist es selbstverständlich gleichgültig, welche Rente bereits gezahlt ist. Dieser Anspruch der Angehörigen des Verletzten ist durch das Gesetz selbst gegeben und hängt nicht von einem zu erlassenden Bescheide der Berufsgenossenschaft und der Auszahlung der durch diese gewährten Rente ab.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätze zu den §§ 1, 2, 7, 9, 17, 19, 48, 51, 170, 176, 177, 178, 190, 390 bis 392 und 394 des Versicherungsgesetzes für Angestellte aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt. („Angestelltenversicherung" 1913 S. 125 ff.)

Zu § 1 Abs. 1 Nr. 1.

1. Hauptberuf. Werden mehrere Tätigkeiten ausgeübt, welche unter das Angestelltenversicherungsgesetz fallen, so kommt es zur Ermittlung des Hauptberufes darauf an, ob die Gesamtheit dieser Beschäftigungen gegenüber der sonstigen (nicht versicherungspflichtigen) Tätigkeit den Hauptberuf bildet. Hierbei ist eine gemäß § 7 des Angestelltenversicherungsgesetzes versicherungsfreie Tätigkeit als versicherungspflichtige zu berücksichtigen. (I 9425/12.)

2. Meieristen, denen die gesamte Leitung eines Meiereibetriebes obliegt, sind ohne Rücksicht auf das Maß der von ihnen zu leistenden körperlichen Mitarbeit und die Größe des Betriebes versicherungspflichtig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte, dies umsomehr, wenn sie neben der Verarbeitung der ihnen gelieferten Milch auch kaufmännische Dienste zu leisten haben, also im besonderen den Verkauf der gewonnenen Produkte besorgen. (I 11453/12.)

3. Aufsichtsdamen zur Ueberwachung von Haltekindern sind versicherungspflichtig. (I 7424/12.)

4. Bademeister sind versicherungspflichtig, wenn ihnen neben der Zubereitung der gewöhnlichen Wasserbäder auch die Vornahme der Massage oder die Verabreichung von Licht- und elektrischen Bädern obliegt. (I 10261/12.)

5. Desinfektoren sind versicherungspflichtig.

Die Frage, welche Stelle die Pflicht zur Entrichtung der Beiträge trifft, hängt von der Vorfrage ab, wem die Kosten der durch amtlich bestellte Personen ausgeübten Desinfektion zur Last fallen.

Diese Kosten hat die örtliche Polizeiverwaltung zu tragen. (I 8369/12.)

Zu § 1 Abs. 1 Nr. 2.

1. Die bei den Handelskammern angestellten Probeentnehmer sind als selbständige Gewerbetreibende anzusehen. (I 15 516/12.)

2. Hausväter und -mütter in Altersheimen und Trinkerasylen sind nicht versicherungspflichtig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte. (I 7989/13.)

3. Die von jüdischen Gemeinden angestellten Schächter unterliegen im allgemeinen dem Versicherungszwange des Versicherungsgesetzes für Angestellte, wenn diese Tätigkeit ihren Hauptberuf bildet. (I 16 367/12.)

4. Hotelportiers können versicherungspflichtig sein. Ueber ihre Versicherungspflicht kann nur von Fall zu Fall entschieden werden. (I 13 410/12.)

5. Katastergehilfen, welche nicht lediglich mit mechanischen Arbeiten beschäftigt werden, sind versicherungspflichtig. (I 13 189/12.)

6. Kellner und im allgemeinen auch Oberkellner sind Gewerbegehilfen und nicht versicherungspflichtig. Oberkellner sind versicherungspflichtig, wenn ihre Tätigkeit sich mehr auf kaufmännischem oder bureaumäßigem Gebiete bewegt, wie das z. B. in großen Hotels der Fall ist. (I 7430/12.)

7. Erklärer und Pianisten in Kinematographentheatern sind nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtig, wenn sie diese Tätigkeit im Hauptberuf ausüben. Vorführer (Operateure) unterliegen nicht der Versicherungspflicht. (I 19427/12.)

8. Kontordiener, welche in der Hauptsache mit Registraturarbeiten und nur nebenbei mit niederen oder lediglich mechanischen Arbeiten beschäftigt werden, sind versicherungspflichtig. (I 7417/12.)

9. Kopisten, d. h. Angestellte, welche die von Dritten entworfenen Muster in der Weise vervielfältigen, daß sie zunächst die Linien des Entwurfs durchpausen und danach die so gewonnene Zeichnung nach den Farben des Entwurfs ausmalen, sind nicht versicherungspflichtig. (I 9311/12.)

10. Korrektoren sind nur dann als Angestellte im Sinne des Gesetzes zu erachten, wenn sie in der Hauptsache geistige Arbeit zu leisten haben, insbesondere, wenn sie akademisch gebildet sind und fremdsprachige Korrekturen zu lesen haben. Von Fall zu Fall ist zu prüfen, wenn ein Korrek-

Digitized by Google

tor in der Hauptsache geistige Arbeit zu verrichten hat. (I 676/12.)

11. Krankenpflegerinnen, welche aus der Krankenpflege bei wechselnden Auftraggebern ein Gewerbe machen, sind versicherungspflichtige Angestellte. (I 10459/12.)

12. Personen, welche das von ihnen nach Diktat aufgenommene Stenogramm mit der Schreibmaschine übertragen, sind versicherungspflichtig. Sie sind dagegen versicherungsfrei, wenn sie die Schreibmaschine unmittelbar nach mündlichem oder nach dem durch einen Sprechapparat (Parlographen) vermittelten Diktat bedienen. (I 7022/12.)

13. Masseure, Gehilfen in Röntgenlaboratorien sowie die in medikomechanischen Instituten mit der Beaufsichtigung und Anleitung von Patienten betrauten Personen sind versicherungspflichtig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte (I 19557/12.)

14. Oberhäuer sind versicherungspflichtig.

15. Poliere oder Paliere in Baugeschäften sind im allgemeinen nach dem Angestelltenversicherungsgesetze versicherungspflichtig. (I 3692/12.)

16. Die als Gehilfen in Krankenhäusern und Pflegeanstalten, Rettungs- und Erziehungshäusern, Herbergen zur Heimat, Seemannsheimen und Arbeiterkolonien beschäftigten Probebrüder der evangelischen Brüderhäuser Deutschlands sind nicht versicherungspflichtig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte. (I 2657/13).

17. Recherchеure einer Auskunftei sind nach dem Angestelltenversicherungsgesetze versicherungspflichtig. (I 3693/12.)

18. Registratoren in kaufmännischen Betrieben, deren Tätigkeit im Ordnen und Ablegen von Kundenbriefen besteht, sind versicherungspflichtig. (I 7022/12.)

19. Schutzleute, die zugleich Vollziehungsbeamte, Steuererheber und Fleischbeschauer sind, sind nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtig. (I 15359/12.)

20. Steiger und Obersteiger sind Angestellte im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 AVG. (I 1293/12.)

21. Straßenbahnkontrolleure, welche die Tätigkeit der Schaffner und Wagenführer beaufsichtigen, sind versicherungspflichtig. (I 7418/12.)

22. Ob Stuhlmeister in Webereien, Spinnmeister und Schlossermeister in Fabriken nach dem Angestelltenversicherungsgesetze versicherungspflichtig sind, läßt sich nicht allgemein beurteilen, da deren Stellung in den verschiedenen Teilen des Deutschen Reiches und je nach der Größe des Betriebes ganz verschieden ist. Sie sind versicherungspflichtig, wenn nach Lage des einzelnen Falles ihre leitende und beaufsichtigende Tätigkeit dem Umfange und der Bedeutung nach nicht hinter der körperlichen Mitarbeit zurücktritt. (I 3699/12.)

23. Telephonistinnen sind im allgemeinen nicht versicherungspflichtig. Erfordert jedoch die schriftliche Aufnahme der Telephonmitteilungen nach Lage des Einzelfalles eine höhere geistige Arbeit, so sind sie versicherungspflichtig. (I 10443/12.)

24. Das Wärterpersonal in Anstalten für Epileptiker unterliegt nicht dem Versicherungszwange des Versicherungsgesetzes für Angestellte. (I 18927/12.)

25. In der Bekleidungsindustrie werden unter der Bezeichnung „Zuschneider" zwei verschiedene Berufsarten zusammengefaßt. Die Tätigkeit der einen Berufsart besteht darin, daß ihre Angehörigen nach von anderen entworfenen Mustern den Stoff zuschneiden, während die der anderen folgende Tätigkeiten umfaßt: Maßnehmen, Musterentwerfen, Zuschneiden, Informieren der Schneidergesellen, Anprobieren und teilweise auch Verkaufen der Stoffe.

Nur die letztere Berufsart ist nach dem Angestelltenversicherungsgesetze versicherungspflichtig. (I 8506/12.)

26. Diakonissen, die als Entgelt nur freien Unterhalt und einen über den Rahmen eines Taschengeldes nicht hinausgehenden baren Betrag erhalten, sind versicherungsfrei. Die einem Diakonissen-Mutterhause von einer Stadtgemeinde für die Gestellung von Diakonissen gewährte Vergütung kann nicht als Entgelt der Diakonissen angesehen werden; vielmehr kommen als solcher nur diejenigen Bezüge in Betracht, die den Diakonissen selbst zufließen. (I 14413/12.)

Zu § 1 Abs. 1 Nr. 3.

1. Die auf Bahnhöfen mit dem Verkaufe von Zeitschriften und Büchern beschäftigten Angestellten sind Handlungsgehilfen und als solche versicherungspflichtig. (I 6232/12.)

2. Verkäuferinnen in Bäckereien sind nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte versicherungspflichtig. Dies gilt auch dann, wenn sie zwar nicht ausschließlich, aber doch vorwiegend in dieser Weise, im übrigen aber als Dienstmädchen, Köchin od. dgl. beschäftigt werden. Nicht erforderlich ist, daß der Geschäftsbetrieb im Handelsregister eingetragen ist. (I 3619/13.)

3. Die nur gelegentliche und aushilfsweise Beschäftigung eines Angestellten als Verkäufer begründet nicht die Versicherungspflicht als Handlungsgehilfe. (I 11206/12.)

4. Kutscher, welche die Waren ihrer Arbeitgeber zu den Kunden fahren und an diese verkaufen und welche Kunden anwerben, sind als Handlungsgehilfen versicherungspflichtig. (I 7427/12).

5. Schaufensterdekorateure sind als Handlungsgehilfen anzusehen und unterliegen sonach gemäß § 1 Abs. 1 Ziff. 6 dem Versicherungszwang des Versicherungsgesetzes für Angestellte. (I 12166/13.)

Digitized by Google

Zu § 1 Abs. 1 Nr. 5.

1. Lehrer, welche aus dem Stundengeben bei wechselnden Auftraggebern ein Gewerbe machen, sind nicht nur dann versicherungspflichtig, wenn sie den Unterricht in den Häusern der Auftraggeber erteilen, sondern auch wenn sie es in ihrer eigenen Wohnung tun, falls sie nicht Inhaber einer Lehranstalt sind. (I 649/12.)

Zu § 1 Abs. 3.

1. Die Teilnehmer einer offenen Handelsgesellschaft können nicht gleichzeitig Angestellte der Gesellschaft im Sinne des § 1 AVG. sein. (I 1700.)

2. Die bei einem Gericht zugelassenen Rechtsanwälte, die in einem Erwerbsgeschäft als kaufmännische Leiter Syndizi und dergleichen gegen Entgelt angestellt sind, und für die diese Tätigkeit den Hauptberuf bildet, sind insoweit nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtig. (I 13 357/13.)

3. Zur Frage der Versicherungspflicht von Zeitungskorrespondenten nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte gilt folgendes: Drei Fälle sind zu unterscheiden:

1. Herausgeber von Korrespondenzen (Korrespondenzbureaus) stehen in keinem Angestelltenverhältnis zu den Zeitungen, sondern sind selbständige Unternehmer, und zwar gilt dies sowohl
   a) wenn kein festes Abonnement vorliegt, sondern die Korrespondenzbureaus ihr Material den Zeitungen zur beliebigen Benutzung gegen Zeilenhonorar zusenden, als auch
   b) wenn die Zeitungen bei den Bureaus abonniert sind, d. h. gegen ein festes Pauschale zur beliebigen Benutzung des ihnen zugesandten Materials berechtigt sind.
2. Schriftsteller, die gelegentlich Zeitungen Arbeiten ohne Bestellungen zusenden, sind ebenfalls keine Angestellten der Zeitungen.
3. Dagegen sind ständige Berichterstatter als Angestellte der Zeitungen, für die sie in dieser Eigenschaft tätig sind, anzusehen und unterliegen der Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, wenn sie diese Tätigkeit im Hauptberuf ausüben. (I 19 309/15.)

4. Angestellte sind nur solche Personen, welche bei einem Arbeitgeber eine der im § 1 AVG. bezeichneten Tätigkeiten tatsächlich ausüben. Stellenlose sind daher nicht Angestellte. Ihnen kann eine Versicherungskarte nicht ausgestellt werden. (I 7857/12.)

5. Wenn ein Angestellter seinem Arbeitgeber gegenüber vertraglich verpflichtet ist, seine Frau mit zu beschäftigen, so ist auch die Ehefrau als Angestellte des Arbeitgebers anzusehen, wenn ihre Tätigkeit unter das Angestelltenversicherungsgesetz fällt, und nach diesem versicherungspflichtig. In dem dem Manne gewährten Entgelt ist dasjenige seiner Frau mit enthalten. (I 3668/12.)

6. Der bisherige Inhaber einer in Konkurs geratenen Firma, der im Auftrage des Konkursverwalters gegen Entgelt das Geschäft während des Konkurses für Rechnung der Konkursmasse fortführt, ist Angestellter der Konkursmasse. (I 14 230/12.)

7. Bei Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes im Sinne des § 1 Abs. 3 AVG. ist, soweit Provisionen und ähnliche ihrem Betrage nach nicht feststehende Bezüge in Frage kommen, grundsätzlich die Berechnungsart des § 17 AVG. anzuwenden. Als letztes Jahr im Sinne des zweiten Satzes des § 17 gilt dabei das Geschäftsjahr und zwar dasjenige Geschäftsjahr, für das die Beträge feststehen. (I 20 176/12.)

8. Angestellte, welche zurzeit des Inkrafttretens des Angestelltenversicherungsgesetzes das sechzigste Lebensjahr vollendet haben, sind versicherungsfrei. (I 7421/12.)

9. Bei der Berechnung des Lebensalters nach dem Angestelltenversicherungsgesetz ist der Grundsatz des § 187 Abs. 2 BGB. anzuwenden. (I 18 017/12.)

Zu § 2.

1. Der Zuschuß des Arbeitgebers zur Lebensversicherung des Angestellten ist bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in Ansatz zu bringen, wenn die Versicherung derart abgeschlossen ist, daß dem Angestellten ein unmittelbares Recht auf die Versicherungsleistung zusteht; nicht dagegen, wenn der Arbeitgeber Anspruch auf die Versicherungsleistungen hat. (I 7970/12.)

2. Zuschüsse, welche der Arbeitgeber auf Grund eines Dienstvertrages oder auch ohne Vertragszwang regelmäßig zu den Beiträgen für Versicherungen seiner Angestellten bei öffentlichen oder privaten Lebensversicherungsunternehmungen leistet, sind dem Jahresarbeitsverdienste der Angestellten hinzuzurechnen, wenn den Angestellten aus den Versicherungsverträgen Forderungen gegen die Versicherungsunternehmungen unmittelbar zustehen, nicht dagegen, wenn der Arbeitgeber allein aus den Versicherungsverträgen berechtigt ist.

Das Gleiche gilt, wenn der Arbeitgeber den ganzen Prämienbetrag für seine Angestellten entrichtet. (I 7368/12.)

3. Wenn der Arbeitgeber von kranken- und invalidenversicherungspflichtigen Angestellten deren gesetzliche Beiträge zur Kranken- und Invalidenversicherung freiwillig übernommen hat, so ist die Summe dieser Beiträge dem Jahresarbeitsverdienst zuzurechnen (I 12 048/12.)

Digitized by Google

4. Hat sich ein Arbeitgeber seinem Arbeitnehmer gegenüber zur Tragung der letzteren obliegenden Beitragshälfte verpflichtet, so ist diese Leistung als Entgelt im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte zu erachten und daher bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in Anrechnung zu bringen.

Die Uebernahme der besagten Verpflichtung kann sonach die Zugehörigkeit zu einer höheren Gehaltsklasse gemäß § 16 a. a. O. herbeiführen.

Wird durch Anrechnung der für den Versicherten übernommenen Beiträge der Betrag von 5000 M. überschritten, so tritt Versicherungsfreiheit gemäß § 1 Abs. 3 a. a. O. gleichwohl nicht ein, da nur eine tatsächlich erfolgte Barleistung Versicherungsfreiheit begründet. (I 16 365.)

Zu § 7.

Vgl. oben zu § 1 Abs. 1 Ziff. 1.

Zu § 9.

Betreibt ein Angestellter, der im Hauptberufe nach § 9 AVG. versicherungsfrei ist, im Nebenberufe noch andere Beschäftigungen, die an sich unter den § 1 a. a. O. fallen, so sind auch diese nicht versicherungspflichtig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte. (I 13162/12.)

Zu § 17.

Die Bestimmung der Gehaltsklasse für die Beitragsleistung zur Angestelltenversicherung kann für diejenigen versicherungspflichtigen Personen im Bergwerksbetriebe, die nach verfahrenen Schichten entlohnt werden, nicht in der Weise erfolgen, daß der Verdienst des Vorjahres zugrunde gelegt wird. Vielmehr ist nach § 17 Satz 1 zu verfahren. (I 16455.)

Zu § 19.

Eine freiwillige Höherversicherung nach § 19 AVG. ist nicht nur in Form eines späteren Übertritts in eine höhere Gehaltsklasse nach anfänglicher Beitragsleistung in einer niedrigeren Gehaltsklasse möglich, sondern sie kann auch schon gleich mit Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung erfolgen. (I 1862/13.)

Zu § 48.

Die Beitragsmonate, die bei Vollendung des 65. Lebensjahres zur Erfüllung der Wartezeit noch fehlen, können auch noch nachher zurückgelegt werden. (I 4995.)

Zu § 51.

Die in § 51 Nr. 1—4 genannten Zeiten werden nur zur Erhaltung der Anwartschaft angerechnet, und zwar unter der Voraussetzung, daß der Versicherte bereits einen Beitragsmonat zurückgelegt hat. (I 13 662/12.)

Zu § 170.

Die Anrechnung des Krankengeldes auf das Gehalt des Angestellten ist nach § 616 Satz 2 BGB. zulässig. Hat hiernach ein Versicherter sein Gehalt im Sinne des § 170 Abs. 2 Satz 2 AVG. während der Krankheitszeit nicht fortbezogen, so sind Beiträge für diese Zeit nicht zu entrichten. Wird ihm dagegen nach Abzug des Krankengeldes noch ein Restbetrag des Gehaltes gewährt, so sind Beiträge nach Maßgabe des Restbetrages zu leisten. (I 24 810/13.)

Zu § 176.

Beiträge sind auch dann zu entrichten, wenn dem Angestellten wegen Veruntreuungen das Gehalt nicht ausbezahlt wird. (I 18127/13.)

Beitragspflichtiger Arbeitgeber des Kapellmeisters und der Mitglieder von Musikkapellen, die in Gastwirtschaften spielen, ist regelmäßig der Wirt. (I 2626/13.)

Zu § 177.

Tritt für Angestellte, welche den Monat hindurch nur von einem Arbeitgeber beschäftigt werden, die Versicherungspflicht infolge Erreichung des 16. Lebensjahres erst im Laufe des Monats ein, so ist als Beitrag 8 vom Hundert des auf die Zeit nach Vollendung des 16. Lebensjahres bis zum Schlusse des Monats entfallenden Entgelts zu entrichten. (I 4600/13.)

Zu § 178.

Bei Gehaltsvorauszahlungen kann gleichzeitig der Abzug der Arbeitnehmerbeiträge erfolgen. (I 16385/13.)

Zu § 190.

Die Reichsversicherungsanstalt hat bereits seit längerer Zeit anerkannt, daß einem Versicherten, der von mehreren Arbeitgebern beschäftigt wird, mehrere Versicherungskarten — je eine für die einzelnen Arbeitgeber oder je eine für jede Gehaltsstufe — ausgestellt werden können. Die gesetzliche Grundlage hierfür bietet § 190 AVG. Daraus ergibt sich allerdings, daß es zum Antrage auf Ausstellung einer neuen Versicherungskarte stets der Vorlage einer neuen Aufnahmekarte bedarf. Dieses Verfahren entspricht der Einrichtung der Konten der Reichsversicherungsanstalt. (I 26248/13.)

Zu § 390.

1. Die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung schließt, solange die Befreiung dauert, die freiwillige Entrichtung von Angestelltenbeiträgen — gleichviel in welcher Höhe — aus.

Im Falle der freiwilligen Versicherung ist eine Befreiung von der eigenen Beitragsleistung nicht zulässig; jedoch kann die Gehaltsklasse beliebig niedrig gewählt werden.

2. Knappschaftskassen sind als öffentliche Lebensversicherungsunternehmen im Sinne des § 390 AVG. zu erachten. Etwa in den Knappschaftsbeiträgen enthaltene Beiträge für die reichsgesetzliche Arbeiterversicherung sind jedoch nicht mit in Ansatz zu bringen.

3. Pensionskassen, die als „kleiner Verein"

Digitized by Google

im Sinne des § 53 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 zugelassen sind, sind als Versicherungsunternehmungen im Sinne des § 1 a. a. O. zu erachten. Die Zugehörigkeit zu einer solchen Kasse befreit von der eigenen Beitragsleistung jedoch nur dann, wenn der Beitritt vor dem 5. Dezember 1911 erfolgt ist und die Kasse damals bereits als Lebensversicherungsunternehmen zugelassen war. (I 10535.)

4. Fortfall der Befreiung. Mit dem Ablauf des vor dem 5. Dezember 1911 abgeschlossenen Vertrages fällt die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung fort. Dieser Zeitpunkt kann weder durch Abänderung des Vertrages noch durch Abschluß einer Zusatzversicherung hinausgeschoben werden.

5. Unfallversicherungen — auch solche mit Prämienrückgewähr — sind keine Lebensversicherungsverträge im Sinne des § 390. (Ia 500.)

6. Beleihung und Verpfändung der Police ist unbeachtlich, sofern nur der Versicherungsschein vorgelegt wird. Wenn dagegen die Versicherung mit allen Rechten übertragen ist, so kann der Angestellte nicht mehr auf Grund dieser Versicherung Befreiung von der eigenen Beitragsleistung beanspruchen.

7. Die Umwandlung einer Versicherung in eine prämienfreie ist in wirtschaftlicher Hinsicht der Aufhebung der Versicherung gleichzustellen. (I 1284.)

8. Unter „Versicherungsvertrag" im Sinne des § 390 AVG. ist nicht nur ein Kapital- (Lebens-) Versicherungsvertrag, sondern auch ein Renten- (Pensions-) Versicherungsvertrag zu verstehen. Ob durch den Vertrag für den Invaliditätsfall oder für die Hinterbliebenen besonders vorgesorgt ist, ist nicht zu prüfen. (I 935.)

9. Im Sinne des § 390 AVG. genügt auch ein Versicherungsvertrag, der bei einer ausländischen, im Inlande zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsgesellschaft abgeschlossen ist. (I 98.)

10. Verzicht auf die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung ist jederzeit zulässig, aber endgültig.

Fällt die Befreiung — infolge von Verzicht oder aus den Gründen des § 393 AVG. fort, so beginnt nicht etwa hinsichtlich des Angestelltenbeitrags eine neue Wartezeit. Auf den Lauf der letzteren ist vielmehr die Befreiung ohne Einfluß. Die Befreiung äußert ihre Wirkung nur hinsichtlich der Höhe der Leistungen, insofern als für die Zeit der Befreiung nur die halben (Arbeitgeber) Beiträge, für die übrige Zeit dagegen die vollen Beiträge der betreffenden Klasse der Berechnung der Leistungen zugrunde gelegt werden.

11. Durch Wiederaufnahme der Prämienzahlung nach dem 5. Dezember 1911 kann die Befreiung von der Beitragsleistung nicht herbeigeführt werden, wenn vorher die Versicherung endgültig verfallen oder prämienfrei geworden war.

12. Sofern eine Jahresprämie vereinbart ist und bei Rentenzahlungen kleine Zuschläge für Zinsverlust mit zu entrichten sind, sind diese Zuschläge als Teil der Prämie zu behandeln.

Zu § 391.

1. Der § 391 Abs. 1 Satz 1 AVG. ist nicht dahin zu verstehen, daß der Angestellte den Antrag beliebig nachholen kann. Jedoch hat die Reichsversicherungsanstalt, sofern der Antrag in der ersten Aufnahmekarte nicht enthalten ist, aber bis zum Inkrafttreten des Gesetzes nachträglich gestellt wird, hieraus einen Grund zur Ablehnung nicht hergeleitet, wenn auch in solchen Fällen die Prüfung und Entscheidung, ob die Voraussetzungen des § 390 AVG. gegeben sind, dem Rentenausschuß nach § 210 a. a. O. überlassen bleibt.

2. Der Antrag auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung kann auch nach dem 31. Dezember 1912 nachgeholt werden, solange der volle Versicherungsbeitrag noch nicht entrichtet ist . . .

Zu § 392.

1. Da die Beiträge nur insoweit überwiesen werden können, als vor dem 5. Dezember 1911 ein Zuschuß gezahlt ist, so ist eine nach diesem Zeitpunkt eingetretene Erhöhung des Zuschusses unbeachtlich. Die Differenz zwischen dem vor dem 5 Dezember 1911 gezahlten Zuschuß und dem jetzt zu zahlenden Arbeitgeberbeitrag ist nicht überweisungsfähig. (I 2897.)

2. Ist eine Versicherung nach Maßgabe des bisherigen Vertrages noch nicht rückkaufsfähig, wird ihr aber die Rückkaufsfähigkeit nachträglich zugestanden, so ist eine Ueberweisung nur dann zulässig, wenn das Lebensversicherungsunternehmen die Erkläruug abgibt, daß das Deckungskapital bereits positiv sei.

3. Ist eine Kapitalversicherung mit Prämienfreiheit und Rente im Invaliditätsfalle abgeschlossen, so wird die Abtretung eines entsprechenden Teiles der Kapitalversicherung mit Prämienfreiheit im Invaliditätsfalle, aber ausschließlich des Anspruchs auf Rentenbezug, verlangt werden.

4. Die Ueberweisung von Arbeitgeberbeiträgen ist nicht statthaft, wenn der Angestellte bei dem Arbeitgeber, der vor dem 5. Dezember 1911 die Zuschüsse gezahlt hatte, nicht über das Inkrafttreten des Gesetzes hinaus beschäftigt gewesen ist.

5. Der Vorschrift des § 392 Abs. 3 Ziff. 2 ist nicht dadurch genügt, daß über den der Reichsversicherungsanstalt abgetretenen Teil ein Zweigdokument ausgestellt und nur dieses der Reichsversicherungsanstalt ausgeantwortet wird.

Digitized by Google

6. § 392 Abs. 3 Ziff. 2 AVG. ist dahin auszulegen, daß der Versicherungsschein über die ganze Versicherung, auf welche die Ueberweisung erfolgt, zu hinterlegen ist. Die Ausantwortung des über den abgetretenen Teil etwa ausgestellten Zweigdokuments genügt nicht. (I 20396/13.) . . .

Zu § 394.

1. Die Vollendung des sechzigsten Lebensjahres schließt den freiwilligen Eintritt in die Versicherung nicht aus.

2. Die nach Abs. 1 Versicherungsberechtigten sind in der Wahl der Lohnklasse frei; die nach Abs. 2 Versicherungsberechtigten können höchstens in die ihrem Einkommen aus Erwerbstätigkeit entsprechende Lohnklasse eintreten.

3. Die nach § 394 Abs. 1 Versicherten können die Wartezeit abkürzen, dagegen nicht die nach § 394 Abs. 2 Versicherten. (I 8033/12.)

4. Bei der freiwilligen Versicherung nach Abs. 1 des § 394 AVG. kann die Gehaltsklasse und die Höhe der ihr entsprechenden Beiträge in dem Rahmen der §§ 16, 172 AVG. gewählt werden; bei der einmal gewählten Gehaltsklasse muß es aber während der ganzen Dauer der freiwilligen Versicherung verbleiben.

Eine Pflicht zur Entrichtung der Beiträge besteht für die freiwillige Versicherung nach § 394 a. a. O. nicht. Daher kann der Zeitpunkt, bis zu welchem die Beiträge gezahlt sein müssen, nicht bestimmt werden. Jedenfalls muß zur Vermeidung des Erlöschens der Anwartschaft empfohlen werden, nach dem Kalenderjahr, in welchem der erste Beitragsmonat zurückgelegt worden ist, innerhalb der zunächst folgenden zehn Kalenderjahre wenigstens acht und nach dieser Zeit wenigstens vier Beitragsmonate während eines Kalenderjahres zurückzulegen.

Die Entrichtung der Beiträge ist im Interesse der Kontenführung in der Zeit vom 1. bis 15. eines Monats erwünscht. (I 18658/12, I 11667/13.)

5. Bei der freiwilligen Versicherung gemäß § 394 Abs. 2 AVG. muß es bei der einmal gewählten Gehaltsklasse während der Dauer der freiwilligen Versicherung verbleiben. Auch bei einer Änderung in den Einkommensverhältnissen ist ein Übertritt in eine höhere oder niedere Gehaltsklasse nicht zulässig. (I 11668/13.)

6. Die nach § 394 Abs. 1 AVG. Versicherten haben für die ersten Wahlen zwar nicht das aktive, wohl aber das passive Wahlrecht. (I 6204/12.)

7. Zur Begründung eines Antrags auf freiwillige Versicherung nach § 394 Abs. 2 AVG. ist nur der Nachweis nötig, daß der Antragsteller überhaupt während 30 Kalendermonate eine den Bestimmungen des § 1 des Gesetzes entsprechende Beschäftigung ausgeübt hat. Sie braucht nicht in den letzten vier Jahren ausgeübt zu sein. (I 13664/12.)

8. Im Falle der freiwilligen Versicherung ist eine Befreiung von der eigenen Beitragsleistung nicht zulässig; jedoch kann die Gehaltsklasse beliebig niedrig gewählt werden. (I 10988/13.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Dritter internationaler Kongreß für Gewerbekrankheiten im September 1914.

Im Jahre 1906 tagte in Mailand, einberufen von einer Anzahl rühriger italienischer Gelehrter, der Erste internationale Kongreß für Gewerbekrankheiten. Im Jahre 1910 folgte der Zweite internationale Kongreß in Brüssel, an dem eine große Anzahl von Fachmännern und Gelehrten, von Gewerbehygienikern und Klinikern, Gewerbeaufsichtsbeamten und Aerzten teilnahm. Auf Beschluß der „Commission permanente internationale pour l'étude des maladies professionnelles" wird der nächste Kongreß im September 1914 in Wien stattfinden.

Das wachsende Interesse der Regierungen und Behörden an den Gewerbekrankheiten, die besondere Berücksichtigung, welche diese Krankheiten in der neuen Sozialversicherungsgesetzgebung aller Länder erfahren, die überall von den Gewerbeaufsichtsbeamten und Aerzten, von Klinikern und Theoretikern der verschiedensten medizinischen Spezialfächer rastlos betriebene Forscherarbeit, die namentlich in den letzten Jahren wertvolle Bereicherungen unserer Kenntnisse erzielt hat — all dies läßt es nicht nur gerechtfertigt, sondern geradezu notwendig erscheinen, den Gelehrten und Fachleuten, die — sonst auf den verschiedensten Spezialgebieten wirksam — ihre ganze Arbeitskraft oder einen Teil ihrer Tätigkeit der Erforschung und Verhütung der Gewerbekrankheiten, der Erforschung der Wirkung der Berufsarbeit auf den menschlichen Organismus gewidmet haben, Gelegenheit zu bieten, Erfahrungen und Ansichten auszutauschen, die neuesten Ergebnisse ihrer Forschungen mitzuteilen.

Alle diese Gelehrten und Fachleute werden um ihre Mitwirkung an den Arbeiten des Kongresses gebeten, über diesen Kreis hinaus aber werden jene zur Teilnahme an dem Kongreß und seinen Arbeiten eingeladen, die durch Beruf oder Amt, infolge Studien oder praktischer Tätigkeit an den Verhandlungsgegenständen interessiert sind. Der Kongreß ist streng wissenschaftlich. Die Tagesordnung des Kongresses ist folgende:

1. Ermüdung (Physiologie und Pathologie, insbesondere in Hinblick auf die gewerbliche Arbeit. Wirkung der Berufsarbeit auf das Nervensystem. Nachtarbeit).
2. Arbeit in feuchter und heißer Luft.
3. Milzbrand.
4. Pneumokoniosen.

Digitized by Google

5. Schädigungen durch Elektrizität in gewerblichen Betrieben.

6. Gewerbliche Gifte, besonders Anilin, Quecksilber, Blei.

7. Schädigungen des Gehörs durch den gewerblichen Betrieb.

8. Verschiedene Mitteilungen.

Für jedes Thema ist bereits eine große Anzahl von Vorträgen angemeldet. Im Rahmen des Kongresses ist die Veranstaltung einer Ausstellung geplant.

Ordentliche Mitglieder des Kongresses können alle jene Personen und Körperschaften werden, die sich für das Studium der Gewerbekrankheiten und das Studium der Einwirkung der Berufsarbeit auf den Organismus interessieren. Der Mitgliedsbeitrag beträgt 25 K (= 25 Fr. = 20 M.).

Nähere Auskünfte erteilt der Generalsekretär Dozent Dr. Teleky, Wien IX, Türkenstraße 23.

Einreichung der Rechtsmittelschrift durch Benutzung des amtlichen Briefkastens.

In den „Blättern für Rechtspflege im Bezirk des Kammergerichts" führt Gerichtsassessor Lindner im Anschluß an eine Entscheidung des Kammergerichts vom 30. November 1912, nach der es zur Einreichung der Berufungsschrift nicht genügt, daß sie innerhalb der Frist in einem im Gebäude des zuständigen Gerichts angebrachten Briefkasten gelegt wird, folgendes aus:

„Dieselbe Ansicht vertritt das Reichsgericht in der Bd. 76 S. 127 abgedruckten Entscheidung. Dort ist gesagt, daß die Partei, die sich des für das Gericht eingerichteten Briefkastens bediene, dies auf eigene Gefahr tue. Auch in denjenigen Fällen, in welchen der vor Ablauf der Frist in den Briefkasten gelegte Schriftsatz verspätet in die Hände des zuständigen Beamten gelange, obschon nach dem ordnungsmäßigen Geschäftsgang angenommen werden könne, daß dies rechtzeitig erfolgen würde, könne die Frist nicht als gewahrt erachtet werden. Von Interesse dürfte der Hinweis sein, daß das Oberverwaltungsgericht einen entgegengesetzten Standpunkt in dieser Frage einnimmt. Zunächst ist bekannt, daß das Oberverwaltungsgericht entschieden hat, daß, falls eine Behörde die an sie eingehenden Postsendungen auf der Post abholen läßt, ein Brief in dem Zeitpunkt als bei ihr eingegangen anzusehen ist, zu welchem sie in der Lage war, über den Brief zu verfügen. Vgl. Nöll-Freund, Kommunalabgabengesetz, 7. Aufl. § 70 Note 8. Aber das Oberverwaltungsgericht ist noch weiter gegangen und hat in der im Preuß. Verwaltungsbl. 19, 312 abgedruckten Entscheidung ausgesprochen, daß ein Rechtsmittel durch die bloße Einlegung des Schriftstückes in einen an dem Geschäftslokale befindlichen Briefkasten der Behörde angebracht werde, und daß die Frist jedenfalls dann gewahrt sei, wenn nachgewiesen werde, daß jene Einlegung vor Mitternacht des letzten Tages der Frist erfolgt war. Die in Frage kommenden Gesetzesbestimmungen haben den gleichen Inhalt. Maßgebend ist sowohl nach §§ 518, 553 ZPO., wie nach §§ 63, 86, 95 LVG. die Einreichung des Schriftstücks bei dem Gerichte. Sowohl Reichsgericht wie Oberverwaltungsgericht nehmen nun bei der Beurteilung der Frage, was heißt Einreichung, Uebergabe usw., den gleichen Ausgangspunkt. Das Reichsgericht sagt, der betreffende Beamte muß den Besitz des fraglichen Schriftstücks erlangt haben, während das Oberverwaltungsgericht meint, der Beamte müsse tatsächlich die Gewalt über das Schriftstück erhalten haben. Während dann aber das Reichsgericht die Besitzerlangung bei Einlegung des Schriftstücks in den Briefkasten verneint, erklärt das Oberverwaltungsgericht, es müsse die Auffassung des Verkehrslebens entscheiden, und diese gehe dahin, daß die tatsächliche Gewalt über ein Schriftstück von einer Behörde schon dann erlangt sei, wenn das Schriftstück in den amtlichen Briefkasten der Behörde gelegt sei. Es ist nicht zu leugnen, daß die Auffassung des Oberwaltungsgerichts den Bedürfnissen des praktischen Lebens mehr entgegenkommt wie die Ansicht des Reichsgerichts."

Wir bemerken hierzu, daß auch das Reichsversicherungsamt die mildere Auffassung vertritt. Vgl. Rek.-Entsch. 979 und 1189 Amtl. Nachr. 1891 S. 217 und 1892 S. 345.

Die versicherungsrechtliche Stellung der „Schachtmeister"

hat verschiedentlich zu Zweifeln Anlaß gegeben, die jetzt im Hinblick auf die Angestelltenversicherung an Bedeutsamkeit gewonnen haben. Der Rentenausschuß hat die Auffassung vertreten, daß die im Tiefbaugewerbe beschäftigten Schachtmeister grundsätzlich als Angestellte versicherungspflichtig seien. Hiergegen hat sich die Genossenschaftsversammlung der Tiefbauberufsgenossenschaft am 17. Juni d. J. mit einem einstimmig gefaßten Beschlusse gewendet, der folgendes ausführt:

„Schachtmeister sind Arbeiter; sie sind keine Werkmeister, die das Gesetz ausdrücklich als versicherungspflichtig erwähnt; sie haben auch keine dem Werkmeister ähnliche gehobene Stellung, die das Gesetz als Voraussetzung für die Versicherungspflicht vorgesehen hat. Die Schachtmeister sind stets dem Bauleiter, dem Bauführer sowie dem Werkmeister unterstellt. Sie haben selbständig keinerlei Anordnungen zu treffen. Die Tätigkeit der Schachtmeister besteht lediglich in der Anführung und Beaufsichtigung einer größeren oder kleineren Kolonne ungelernter Arbeiter. Die Schachtmeister selbst haben keinerlei berufsmäßige Vorbildung genossen. Sie sind ebenso wie die Arbeiter ohne Kündigung mit Tage- oder Stundenlohn angestellt, und ihr Lohn ist nur um ein geringes höher als der der gewöhnlichen Arbeiter selbst. Bei Einschränkung der Arbeiten, insbesondere im Winter, des weiteren bei Arbeitswechsel, nehmen sie vielfach die Tätigkeit eines gewöhnlichen Arbeiters wieder auf. Wochen- und monatelange Beitragsausfälle, die bei den Angestellten doch als Ausnahmen anzusehen sind, werden bei den Schachtmeistern regelmäßig wiederkehren.

Es ist möglich, daß in einzelnen Fällen langjährige Dienststellung und weitergehende Vollmachten die soziale Stellung anders gestaltet haben, dies sind jedoch nur seltene Ausnahmen, die sich auch äußerlich durch die Bezeichnung Oberschachtmeister, Bauaufseher usw. kenntlich machen. In solchen seltenen Fällen wird die Einbeziehung in die Angestelltenversicherung den Wünschen des Versicherten und des Arbeitgebers durchaus entsprechen und Zustimmung finden.

Daß nach alledem der Schachtmeister im allgemeinen lediglich als Vorarbeiter anzusehen ist, ist die Auffassung aller beteiligten Berufskreise. Dieser Auffassung hat sich auch die Gesetzgebung, soweit sie bisher Veranlassung hatte, sich mit dem Schachtmeister zu beschäftigten, angeschlossen. Weder die alten Arbeiterversicherungsgesetze (§§ 1 und 2 GUVG.) noch die Reichsversicherungsordnung (§§ 544 und 545) machen einen Unterschied zwischen Schachtmeistern und Arbeitern. Herausgehoben aus dem Kreise der Bediensteten ist lediglich der als Beamter bezeichnete Angestellte; für diesen ist beispielsweise bei der Berechnung der Unfallrenten der anrechnungsfähige Verdienst beschränkt, während dies bei Arbeitern und Schachtmeistern nicht der Fall ist. Zum Ausdruck kommt diese Auffassung des weiteren in dem

Digitized by Google

Gefahrentarif der Tiefbauberufsgenossenschaft. In diesem Gefahrentarif ist für Beamte eine besondere Gefahrenklasse (Ziff. 44) mit einer entsprechend niedrigeren Gefahrenziffer vorgesehen; es ist aber ausdrücklich bestimmt, daß Schachtmeister dieser Gefahrenklasse nicht zuzuweisen sind. Für die Schachtmeister ist vielmehr die allgemein für die betreffende Betriebsart in dem Gefahrentarif vorgesehene Gefahrenziffer in gleicher Weise maßgebend wie für die anderen Arbeiter.

Hiernach muß die Auffassung, daß der ‚Schachtmeister' ein versicherungspflichtiger Angestellter sei, grundsätzlich als unzutreffend bezeichnet werden.

Bei den bisher erteilten Auskünften scheinen sich der Rentenausschuß Berlin sowie die verschiedenen Ausgabestellen durch die Bezeichnung Schacht‚meister' haben irreführen lassen. Es ist dringend erwünscht, daß die maßgebenden Behörden, insbesondere der Rentenausschuß in Berlin alsbald ihren abweichenden Standpunkt aufgeben und dementsprechend die von ihnen erteilten Auskünfte berichtigen."

Wir bemerken hierzu, daß die Bezeichnung allein selbstverständlich nicht entscheidet. Es kommt immer auf die Gestaltung des Beschäftigungsverhältnisses im einzelnen Falle an. Das Reichsversicherungsamt hat angenommen, daß die sog. Schachtmeister, denen bei größeren Erdarbeiten die Bauunternehmer die Ausführung der Arbeiten zu übertragen pflegen, „der Regel nach im Akkord gelohnte Aufsichtsbeamte der Unternehmer sind. Zu vgl. Handb. der Unfallversf. I S. 369 Anm. 28 zu § 28 GUVG.

Aus dem Reichs-Arbeitsblatt.

Das Juliheft des „Reichs-Arbeitsblatts" enthält neben der kurzen Uebersicht über die Lage des Arbeitsmarkts im Juni (S. 483) nebst bildlichen Darstellungen und ausführlichen Unterlagen sowie den Berichten über Stellenvermittlung und Stellenlosigkeit in Angestelltenverbänden unter anderem Aufsätze über folgende Gegenstände: Die Gliederung der deutschen Lohnarbeiterschaft nach der Berufszählung von 1907 (Fortsetzung eines Aufsatzes im Juniheft), Statistische Beiträge zur Lage des Angestelltenstandes, die wirtschaftliche Lage der deutschen Bühnenangehörigen, die Lohnverhältnisse in der oberschlesischen Montanindustrie, die Lohnklassenstatistik der Leipziger Ortskrankenkasse und die Lohnstatistik auf Grund des Materials der Ortskrankenkassen zu Düsseldorf, Karlsruhe, Lübeck, Plauen und Straßburg i. E.

Eine Sonderbeilage enthält die Ergebnisse der erweiterten Erhebung über die Einrichtungen für die Rechtsberatung der minderbemittelten Volkskreise 1912.

Bei den statistischen Beiträgen zur Lage des Angestelltenstandes handelt es sich zunächst um eine Erhebung des Verbandes Deutscher Handlungsgehilfen in Leipzig über Einkommen und Lebenshaltung verheirateter Handlungsgehilfen. Von 1352 solchen entfallen auf die Gehaltsstufe unter 1500 M.: 27, 1500 bis 1800 M.: 127, 1800 bis 2100 M.: 213, 2100 bis 2400 M.: 290, 2400 bis 3000: 369, 3000 bis 3600 M.: 189, über 3600 M.: 137. Die Höhe des Gehalts wird mit der Größe des Wohnorts und der Dauer der kaufmännischen Tätigkeit in Verbindung gebracht. Ungefähre Angaben betreffen auch die Jahresausgaben für Nahrung, Wohnung, Steuern und ähnliches.

Ermittlungen des gleichen Verbandes über die zuletzt bezogenen Gehälter der die Stellenvermittlung in Anspruch nehmenden Bewerber sind wertvoll, weil sie die Entwicklung von 1896 bis 1911 zeigen. Die besseren Gehälter, von 2100 M. an aufwärts, haben von 4,2 % im Jahre 1896 auf 10,2 % im Jahre 1911, also beträchtlich zugenommen, die niedrigen Gehälter haben sich stark vermindert, die Mittelgruppen weisen mäßige Steierungen auf.

Ermittlungen ähnlicher Art liegen vom Deutschen Technikerverband vor, nur daß hier das geforderte Gehalt zugrunde liegt und lediglich die Jahre 1909 bis 1912 gegenübergestellt werden. Aber auch in diesem kurzen Zeitraum zeigt sich ein erhebliches Wachsen der Ansprüche der Techniker.

Zur Versicherungspflicht ausländischer Angestellter

nimmt die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte folgenden Standpunkt ein:

Die in ausländischen Zweigniederlassungen deutscher Gesellschaften beschäftigten Angestellten, und zwar gleichgültig, ob sie In- oder Ausländer sind, sind stets dann versicherungspflichtig, wenn beide einem Rechtssubjekt gehören, der Sitz oder die geschäftliche Hauptniederlassung dieses Rechtssubjekts im Inland gelegen ist, die Anstellung mindestens der leitenden Personen der Zweigniederlassungen vom Inland aus erfolgt und der Verwaltung des Hauptbetriebs ein Recht auf eine Einwirkung auf die Verwaltung der Zweigstelle zusteht.

Da diese Merkmale fast auf alle ausländischen Zweigstellen deutscher Betriebe zutreffen, würden alle von diesen Zweiganstalten beschäftigten Angestellten, sofern ihr Gehalt 5000 M. nicht übersteigt, versicherungspflichtig sein. Die so Versicherten haben aber weder ein aktives noch ein passives Wahlrecht; auch ruht bei Arbeitsunfähigkeit der Anspruch auf Rente so lange, wie sich der Berechtigte ohne Zustimmung des Rentenausschusses gewöhnlich im Ausland aufhält. Daß ein Ausländer nach eingetretener Erwerbsunfähigkeit sich nach Deutschland begeben wird, nur um hier seine Rente zu erhalten, ist nicht zu erwarten. Voraussichtlich aber werden sich die im Ausland Angestellten weigern, Beiträge für eine Versicherung zu bezahlen, die für sie vollkommen zwecklos ist. Die Auffassung der Reichversicherungsanstalt steht überdies, wie die „Köln. Ztg." hierzu ausführt, im direkten Gegensatz zur bisherigen Rechtsprechung und vor allen Dingen auch zur Praxis des Reichsversicherungsamts, das bisher den Standpunkt vertreten hat, daß nur bei vorübergehender Beschäftigung im Ausland die Versicherung fortdauern soll. „Der Allgemeine Versicherungsschutzverband" in Köln hat deshalb im Auftrage einer großen Zahl industrieller Betriebe an die Reichsversicherungsanstalt eine Eingabe mit der dringenden Bitte gerichtet, es bei der bisherigen bewährten Praxis des Reichsversicherungsamts zu belassen. („Soziale Praxis".)

(Kl.) Die statistischen Ergebnisse der englischen Arbeiterversicherung.

Soeben ist der erste Jahresbericht über das Wirken des englischen Gesetzes über die Versicherung gegen Krankheits- und Invaliditätsfälle sowie gegen Arbeitslosigkeit erschienen. Es ist ein stattlicher Band von 660 Folioseiten, der in sechs Teile zerfällt. Der erste Teil gibt die Grundzüge des Gesetzes, der zweite behandelt die Organisation der Behörden, die das Gesetz durchführen, und der dritte enthält statistische Mitteilungen. Die übrigen drei Teile behandeln die einzelnen Landesteile Schottland, Irland und Wales.

Das Gesetz trat am 1. Juli 1912 in Kraft. In den ersten sechs Monaten hatten die Versicherten nur Beiträge zu zahlen. Dieser Umstand und andere Momente

Digitized by Google

erschwerten die Einführung des Gesetzes. Die Bevölkerung empfand nur die Lasten der Versicherung und wurde unzufrieden. Dazu kam die von den Gegnern der neuen Fürsorge überall verbreitete Behauptung, das ganze Gesetz sei „Made in Germany". Die geringsten Schwierigkeiten machte Schottland, wo die Volksbildung sehr hoch und allgemein ist. Die größten Hindernisse bereiteten die ländlichen Bezirke in Irland und Südengland. Hier gründeten die Bauern sogar Widerstandsorganisationen. Sie beschlossen, das Gesetz nicht durchzuführen. Die Regierung sandte liberale Redner in die Dörfer, um den Bauern das Gesetz zu erklären. In den meisten Fällen waren die Redner erfolgreich. Seitdem die ländliche Bevölkerung die Vorteile des Gesetzes vor Augen hat, schwindet die Opposition mehr und mehr. In den industriellen Bezirken ist keine einzige Weigerung der Arbeitgeber, dem Gesetze Folge zu leisten, vorgekommen. Immerhin wird im allgemeinen noch einige Zeit vergehen müssen, bis das Gesetz populär wird.

In England (also abgesehen von Schottland, Irland und Wales) gibt es über zehn Millionen versicherte Personen und zwar in den freien Hilfskassen 4,6 Millionen, in den Versicherungsgesellschaften mit einer besonders für Arbeiterversicherung eingerichteten Abteilung 3,8 Millionen, in den Gewerkschaften 1,2 Millionen, bei sonstigen Vereinen 600000 und bei den Postämtern 400000. Im ganzen sind 14 Millionen Personen oder 31 % der Bevölkerung versichert.

Die Zahlung der Unterstützungen begann am 1. Januar 1913. In den fünf Monaten bis zum 1. Juni 1913 wurden an Kranke, Wöchnerinnen, Sanatorien und Arbeitslose rund 80 Mill. M. ausgezahlt. In dieser Summe ist die durch ein besonderes Gesetz geregelte Alterspension, die bekanntlich beitragslos ist und insgesamt etwa jährlich 250 Mill. M. beträgt, nicht mit eingerechnet. Der Bericht schlägt die pro Jahr zu zahlenden Alterspensionen, Kranken-, Wöchnerinnen- und Arbeitslosenunterstützungen auf 420 Mill. M. Der Versicherungsfonds der Kranken-, Invaliden- und Arbeitslosenversicherung beträgt bereits 400 Mill. M.

Die Aerzte verhielten sich anfangs sehr oppositionell gegenüber der Versicherung und erschwerten das Funktionieren des Gesetzes. Nach und nach schwand aber ihre Abneigung. Zurzeit gehören 80 % der Aerzte Englands zu den Krankenkassenärzten.

Der Bericht hebt noch besonders hervor, daß der „Pauperismus" (eine spezifisch englische Bezeichnung für die Hilfsbedürftigkeit bzw. die Inanspruchnahme der Armenkassen) seit der Einführung der Fürsorgeeinrichtungen eine erhebliche Abnahme erfahren haben.

Sprechsaal.

Haben die Ersatzkassen (§§ 503 ff. RVO.) Anspruch auf Anwendung der niedrigsten Sätze der Gebührenordnung für Aerzte?

Wir erhalten folgende Zuschrift: In Nr. 12 der Arb.-Versorgg. S. 286 Ziff. 1 wird die Ansicht vertreten, daß eine Ersatzkasse (im Sinne der §§ 503 ff. RVO.) keinen Anspruch auf Behandlung ihrer Mitglieder zu den Mindestsätzen nach § 2 der preußischen Geb.Ordg. v. 15. Mai 1896 für Aerzte habe. Dem kann ich nicht zustimmen.

Nach § 2 sind die niedrigsten Sätze anzuwenden gegenüber Unbemittelten oder Armenverbänden; ferner wenn die Zahlung aus Staatsfonds oder „aus den Mitteln" einer milden Stiftung oder einer „Knappschafts- oder Arbeiterkrankenkasse" zu leisten ist (soweit nicht besondere Schwierigkeiten oder das Maß des Zeitaufwandes einen höheren Satz rechtfertigen). Eine ähnliche Vorschrift findet sich auch in den Gebührenordnungen anderer Bundesstaaten, die das Gebührenwesen in Anlehnung an das preußische Vorbild geordnet haben. Ein entsprechendes Vorzugsrecht der Krankenkassen hatte vor 1896, insbesondere nach der alten preuß. Medizinaltaxe v. 21. Juni 1815, nicht bestanden, obwohl es schon damals zahlreiche „Arbeiterkrankenkassen", besonders als Einrichtungen von Betriebsunternehmern oder Innungen, gab. Bald nach dem Erlaß des Krankenversicherungsgesetzes von 1883 beschäftigte sich der deutsche Aerztetag in Eisenach 1884 mit der Frage, welche Bezahlung ihrer Leistungen die Aerzte mit den Krankenkassen vereinbaren sollten. Dabei ist zu beachten, daß das Krankenversicherungsgesetz (abgesehen von der Gemeindekrankenversicherung) nur die Errichtung der Orts-, Betriebs- und Baukrankenkassen von Grund aus regelte. Die Errichtung von Innungskrankenkassen blieb durch die Gewerbeordnung, die von knappschaftlichen Krankenkassen durch die Landesgesetze, die der Hilfskassen teils durch das Reichsgesetz v. 7. April 1876 (Hilfskassengesetz), teils durch Landesgesetze geregelt, und das Krankenversicherungsgesetz hatte sich begnügt, nur einige Vorschriften zur Anpassung dieser besonderen Kassenarten an das neue Recht aufzunehmen, um sie der Durchführung des Versicherungszwanges dienstbar zu machen (§§ 73, 74, 75 ff.). Der Aerztetag von 1884 hatte ersichtlich alle diese Kassenarten im Auge, als er beschloß: es sei von den Krankenkassen Bezahlung der Einzelleistungen nach der ortsüblichen Minimaltaxe, allenfalls mit einem Rabatt bis 20 %, zu fordern, die Mitglieder der „freien Hilfskassen" jedoch seien nur unter gleichen Bedingungen wie jeder andere Kranke zu behandeln. Sehr bald aber wurde vielfach erörtert, ob es im Interesse der Aerzte selbst durchführbar sei, auf diesem Beschlusse zu verharren (vgl. Wernich, Medizinalgesetze Preußens, Berlin 1887, S. 58, 59). Wenn dann die Taxe von 1896 den Anspruch der Aerzte, beim Mangel einer Vereinbarung, den „Arbeiterkrankenkassen" gegenüber auf die Mindestsätze beschränkt, so ist nach der ganzen Entwicklung anzunehmen, daß hiermit alle Kasseneinrichtungen gemeint waren, bei denen nach dem Krankenversicherungsgesetz dem gesetzlichen Versicherungszwange genügt werden konnte. In der Fassung von 1883 hieß ja auch das Krankenversicherungsgesetz noch „Ges. betr. die Krankenversicherung der Arbeiter", obwohl die Kassen schon damals Personen umfaßten oder umfassen konnten, die der allgemeine Sprachgebrauch nicht als „Arbeiter" zu bezeichnen pflegt (Betriebsbeamte, Handlungs- und Apothekergehilfen, Reichs-, Staats- und Kommunalbeamte). Es hängt mit der historischen Entwicklung zusammen, daß man auch jetzt noch von der auf immer weitere Kreise erstreckten Reichsversicherung (mit Ausschluß der neuen Angestelltenversicherung) als von der „Arbeiterversicherung" spricht. Der innere Grund des Vorzugsrechts der Krankenkassen aus § 2 Geb.Ordg. ist, wie schon die Zusammenstellung mit dem Staatsfonds und den milden Stiftungen erkennen läßt, darin zu finden, daß sie nicht nur dem privaten Interesse der Mitglieder, sondern zugleich dem Gemeinwohl dienen. Dies tun sie, insofern sie die Krankenfürsorge für die-

Digitized by Google

jenigen Personenklassen übernehmen, die das Gesetz einer solchen Fürsorge für so bedürftig erachtet, daß es ihnen die Versicherung entweder aufzwingt oder doch das Recht des Beitritts zu einer Zwangskasse gewährt. Die besondere Stellung und Vermögenslage des einzelnen Versicherten bleibt dabei außer Betracht; nur von dem Charakter der Kasse hängt ihr Privileg ab. Hiernach ist § 2 Geb.Ordg. nicht nur auf die eigentlichen Kassen des Krankenversicherungsgesetzes, sondern auch auf die Innungskrankenkassen, die auf der Gewerbeordnung beruhen (wie auf die ausdrücklich mit erwähnten Knappschaftskrankenkassen) und — unter gewissen Voraussetzungen — auch auf die Hilfskassen zu beziehen, da die Gebührenordnung eine Einschränkung in dieser Hinsicht, wie sie der Aerztetag beschlossen hatte, nicht hinzugefügt hat.

Die Kommentare zur Gebührenordnung für Aerzte rechnen die eingeschriebenen Hilfskassen schlechthin zu den „Arbeiterkrankenkassen" im Sinne des § 2 (Joachim Anm. 8, Förster Anm. 21). Das ist zu eng und zu weit. Zu eng, weil kein Grund ersichtlich ist, die landesrechtlichen Hilfskassen, auf die sich § 75 Abs. 4 KVG. bezieht, anders zu behandeln als die reichsrechtlichen (eingeschriebenen); zu weit, weil beiderlei Kassen, nur wenn sie im Besitze der Bescheinigung aus § 75a KVG. sind, hierher gerechnet werden dürfen, da erst hierdurch ihre Eignung, die Versicherung bei der Zwangskasse zu ersetzen, anerkannt ist.

Dies trifft in gleicher Weise künftig zu auf die als Ersatzkassen zugelassenen bisherigen eingeschriebenen Hilfskassen, jetzt Krankenversicherungsvereine (§§ 503, 514). Richtig ist in der im Eingang erwähnten Auskunft bemerkt, daß diese Kassen „nicht schlechtweg die Rechte und Pflichten der Krankenkassen" haben, nämlich der Krankenkassen im Sinne des § 225 RVO. Aber das steht auch nicht in Frage, sondern nur, ob die Ersatzkassen unter den Begriff der „Arbeiterkrankenkassen" im Sinne des § 2 Geb.Ordg. fallen, und das ist aus demselben Grunde zu bejahen, wie bei den den §§ 75, 75a KVG. genügenden Hilfskassen. Daß für die versicherungspflichtigen Mitglieder einer Ersatzkasse ihre Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse nach § 517 RVO. nur auf Antrag ruhen, während bisher nach § 75 KVG. Befreiung von der Zwangskassenzugehörigkeit kraft Gesetzes eintrat, kann keinen Unterschied begründen. Denn im Verhältnis einer Kasse zum Arzte kann nach dem Dargelegten das Vorzugsrecht nur von der Eignung der Kasse, nicht aber davon abhängen, ob die einzelnen Mitglieder tatsächlich von der Möglichkeit Gebrauch machen, sich der Kasse zum Ersatz für die Zwangskasse zu bedienen. Die Rechtslage ist, wenn der Antrag aus § 517 RVO. unterbleibt, insoweit keine andere als bei einem Hilfskassenmitgliede, das von der an sich kraft Gesetzes eintretenden Befreiung aus § 75 KVG. keinen Gebrauch macht und sich dadurch den Anspruch auf die Leistungen beider Kassen wahrt (vgl. Hahn Anm. 1h und i zu § 75 KVG.). Den Arzt im Dienste der Ersatzkasse geht dies nichts an.

Nur eine Einschränkung ist noch hinzuzufügen: der Mitgliederkreis der Ersatzkasse darf nicht über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtigen oder versicherungsberechtigten Personen hinausreichen, sonst ist die Kasse keine „Arbeiterkrankenkasse", auch nicht in dem oben erörterten erweiterten Sinne. Das Vorzugsrecht aus § 2 Geb.Ordg. ist ihr dann schlechthin abzusprechen, nicht etwa nur für die ärztliche Behandlung von Mitgliedern, die nicht zu jenem Kreise gehören. Denn es ist schon ausgeführt, daß bei der Frage der Anwendbarkeit des § 2 das einzelne Mitglied ganz außer Betracht bleibt und es nur auf den Charakter der Kasse ankommt; sie hat das Vorzugsrecht nicht, wenn sie nicht eine Arbeiterkrankenkasse, d. h. nur eine solche ist.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Dringende Bitte!

In den Ferienmonaten haben auch die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während dessen Anfragen an den Briefkasten nur in sehr dringenden Fällen zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Anspruch der Hinterbliebenen eines Unfallverletzten auf Sterbegeld an die Krankenkasse.

1. Nach Hanau. Antwort: § 1501 RVO. sagt, daß die Leistungspflicht der Krankenkassen dadurch nicht berührt wird, daß ein Träger der reichsgesetzlichen Unfallversicherung zum Schadenersatz verpflichtet ist. Daher kann die Kasse die Hinterbliebenen eines infolge eines Unfalls verstorbenen Mitgliedes mit ihrem Anspruch auf Sterbegeld nicht an die Berufsgenossenschaft verweisen, sondern muß es ihnen auszahlen. Soweit sie das tut, kann sie aber nach § 1502 Ersatz aus dem Sterbegeld verlangen, das von der Berufsgenossenschaft zu gewähren ist. Hat diese schon vorher das Sterbegeld gezahlt, so kann freilich die Kasse diesen Betrag nach § 1510 auf den von ihr zu zahlenden Betrag anrechnen.

Digitized by Google

Kassenangestellte als Versicherungsvertreter beim Versicherungsamt.

2. Nach Neuß. Antwort: Wählbar zu Vertretern der Arbeitnehmer beim Versicherungsamt sind nur Versicherte. Das können auch Angestellte der Kasse sein. Hingegen sind diese, wenn sie nicht zugleich zu den Versicherten gehören, nicht wählbar. Eine Wiederwahl nach Ablauf der Wahlzeit ist zulässig (§§ 50, 16 RVO).

Versicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden und ihrer Hilfspersonen.

3. Nach Heilsberg. Antwort: a) § 162 RVO. bestimmt den Begriff des Hausgewerbetreibenden allgemein, und danach ist im Einzelfalle zu entscheiden, ob jemand als Hausgewerbetreibender oder etwa als selbständiger Unternehmer oder als unselbständiger Arbeiter zu betrachten sei. Unmöglich aber ist es, hier erschöpfend alle Arten von Hausgewerbetreibenden aufzuzählen, und zwar auch deswegen, weil die Grenzen durchaus nicht ein für allemal scharf zu ziehen sind.

b) Auch die hausgewerblich beschäftigten Hilfspersonen der Hausgewerbetreibenden gehören regelmäßig der Landkrankenkasse an (§ 466 Abs. 2).

Einfluß der Ungewißheit des Todestages auf die Verpflichtung zur Zahlung des Sterbegeldes.

4. Nach O. Frage: Ein Mitglied unserer Kasse ist am 16. Mai 1913 aus der Beschäftigung ausgetreten und unter diesem Tage abgemeldet worden. Am 11. Juli wurde es im Walde erhängt aufgefunden. Die Erben verlangen Auszahlung des Sterbegeldes. Ein Arzt begutachtet, daß der Leichnam derartig in Verwesung übergegangen gewesen sei, daß man annehmen könne, der Tote habe mindestens einige Wochen im Walde gelegen; nähere Angaben ließen sich nicht machen. Ist das Sterbegeld zu zahlen, obwohl die dreiwöchige Frist des § 28 KVG. abgelaufen ist, bevor der Tote aufgefunden wurde und der Eintritt des Todes — also des Unterstützungsfalles — nicht zu ermitteln ist?

Antwort: Maßgebend für den Anspruch der Hinterbliebenen auf Sterbegeld gemäß § 28 KVG. ist nicht der Tag, an dem der Tote aufgefunden wurde, sondern derjenige, an dem der Tod eingetreten ist. Dies mußte spätestens am 6. Juni geschehen sein. Da der Eintritt des Todes sich nicht sicher feststellen läßt, so muß man sich mit der Wahrscheinlichkeit genügen lassen. Demnach kann der Anspruch abgelehnt werden, wenn der Arzt nicht erklärt, daß wahrscheinlich der Tod vor dem 7. Juni eingetreten sei.

Kein Anspruch der Kasse auf Unfallzuschuß, wenn sie selbst ihn nicht zu gewähren braucht.

5. Nach Th. Antwort: Den Unfallzuschuß muß, wie § 576 RVO. besagt, die Berufsgenossenschaft erstatten, wenn eine Entschädigung anläßlich des Unfalls für mehr als 13 Wochen zu gewähren ist, wenn also der Verletzte auch noch nach der 13. Woche infolge des Unfalls der Krankenbehandlung bedarf oder erwerbsunfähig ist (§§ 558, 559). Ist aber die Entschädigung für höchstens 13 Wochen zu gewähren, so muß der Unternehmer den Zuschuß erstatten. Doch kann die Satzung der Berufsgenossenschaft bestimmen, daß diese auch in letzterem Falle an Stelle des Unternehmers zur Erstattung verpflichtet ist. Wird Krankenhauspflege gewährt, so braucht die Kasse, sofern weder ein Anspruch auf Taschen- noch auf Hausgeld besteht, keinen Unfallzuschuß zu leisten und sie kann daher auch den Betrag von der Berufsgenossenschaft nicht erstattet verlangen, den sie als Zuschuß zum Krankengeld hätte zahlen müssen, wenn keine Krankenhauspflege gewährt worden wäre.

Gewährung eines Ruhegehalts für einen langjährigen Kassenbeamten ohne vertragliche Verpflichtung.

6. Nach Detmold. Antwort: Die Kasse darf ihrem Angestellten, der nach langjähriger Tätigkeit dienstunfähig geworden ist, kein Ruhegehalt gewähren, wenn er nach Satzung oder Vertrag keinen Anspruch darauf hat; dem würde § 29 Abs. 2 KVG. entgegenstehen. (Vgl. Arb.-Versorgg. 29 S. 687 Ziff. 2.)

Dienstordnung für die im Nebenamte beschäftigten Kassenangestellten.

7. Nach Kalscher. Antwort: Die Kasse muß, sobald sie besoldete Angestellte hat, die weder staatliche oder gemeindliche Beamte sind, noch auch deren Rechte und Pflichten haben, eine Dienstordnung aufstellen (§ 351 RVO.), und zwar auch dann, wenn jene ihr Amt nur nebenberuflich ausüben. Nur soweit sie in letzterem Falle auch kein Entgelt beziehen, ist für sie eine Dienstordnung nicht nötig (§ 351 Abs. 2).

Ausländer können nach der Reichsversicherungsordnung nicht den Organen der Krankenkasse angehören.

8. Nach Landsberg a. W. Antwort: Nach der klaren Vorschrift des § 12 Abs. 1 RVO. können in der Tat Ausländer nicht in den Vorstand oder den Ausschuß einer Krankenkasse gewählt werden.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **R. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Trofchel.

XXX. Jahrgang. **11. September 1913.**

Redaktion:	**Nr. 26**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Trofchel, Berlin-Lichterfelde.

Wahlrechtsfragen bei Krankenkassen.

Von Magistratssyndikus **Helms** in Kiel.

I. In den nächsten Monaten werden überall in Deutschland bei den neu errichteten, ausgestalteten oder zugelassenen Krankenkassen auf Grund der neuen Satzung die Ausschußwahlen vor sich gehen. Im letzten Augenblick — an einzelnen Stellen waren die Wahlen schon ausgeschrieben! — hat der Bundesrat für die Wahlen bei neuerrichteten allgemeinen Ortskrankenkassen besondere Vorschriften erlassen, die für diese erste Wahl ohne Rücksicht auf den abweichenden Inhalt der etwa bereits beschlossenen Wahlordnungen gelten (Erlaß vom 11. Juli 1913, RGBl. S. 577), und der Handelsminister hat sie durch seinen Erlaß vom 22. Juli ergänzt (HMBl. S. 529). Nicht gerade zur Freude der Versicherungsämter, die ja für diese Wahlen der neuen Kasse als Vorstand fungieren und sie leiten. Die amtliche Mustersatzung schlug vor, der Wahl entweder besondere Wählerlisten, oder aber das Arbeitgeber- und Mitgliederverzeichnis zugrunde zu legen (§ 3), wollte aber daneben auch solche Wahlberechtigten zur Wahl zulassen, die aus irgendeinem Grunde in der Liste oder dem Verzeichnis nicht enthalten waren, wenn sie dem Wahlausschuß in überzeugender Weise ihre Wahlberechtigung nachwiesen. Diese Ausnahme mochte besonders dann unbedenklich sein, wenn das Verzeichnis als Grundlage dient, da es sich dann nur um vereinzelte Fälle handeln kann. Bei den neuen Kassen schied aber für die erste Wahl das Arbeitgeber- und Mitgliederverzeichnis als Grundlage aus, weil es noch nicht vorhanden ist, und es boten sich grundsätzlich die beiden Wege: entweder die oben erwähnte Ausnahme zum Prinzip zu erheben und lediglich bei der Wahl selbst die Wahlberechtigung zu prüfen, oder aber die Aufstellung von Wählerlisten vorzuschreiben. Jenes erschwert die Wahlhandlung selbst und mochte bei dieser ersten Wahl in der Tat nicht unbedenklich sein; dieses macht zwar vor der Wahl den Wahlberechtigten wie den Behörden Mühe, erleichtert dafür aber die Wahlhandlung selbst wesentlich. Der Mittelweg, den die neuen Vorschriften einschlagen, verbindet die Nachteile beider Systeme; denn er bietet nicht die geringste Gewähr dafür, daß nicht am Wahltage ein Massenaufgebot von Wahlberechtigten, die sich um die Aufnahme in die Liste nicht bemüht haben, weil sie ja trotzdem wählen können, den mühsam aufgestellten Wählerlisten jede Bedeutung raubt. Wie viel besser hätte sich vorher beurteilen lassen, ob Wahlzeit und Wahllokal ausreichen, wenn nur die in die Wahlliste eingetragenen Wahlberechtigten zur Wahl zugelassen worden wären, wie viel einfacher wäre die Wahlhandlung gewesen! Wollte man aber diese Beschränkung nicht, wollte man jedem Wähler Gelegenheit geben, noch im Termine sich auszuweisen, so sind die

Digitized by Google

Listen einigermaßer überflüssig und wären besser weggeblieben. Rechtliche Bedenken wären gegen die eine wie gegen die andere Regelung wohl schwerlich zu erheben gewesen, insbesondere sind die beiden Urteile des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 8. Juli 1909 (Entsch. Bd. 55 S. 369 ff.) und vom 27. Juni 1910 (Arb.-Versorgg. 1911 S. 622) nicht gegen die reine Listenwahl ins Feld zu führen. Beide mißbilligen nur Beschränkungen der Wahlrechtsausübung, die der Vorstand durch Legitimationsvorschriften eingeführt hatte, für die eine Grundlage also weder im Gesetz noch in der Satzung vorhanden war.

II. Handelt es sich bei dem bisher Erörterten um eine Zweckmäßigkeitsfrage, die durch positive Vorschriften eine bestimmte Lösung gefunden hat, so tauchen bei ihrer Ausführung eine Reihe von Rechtsfragen auf, die Antwort heischen. Nicht eine schöpfende Darstellung, sondern nur eine kurze Erörterung von Fällen aus der Praxis soll im folgenden versucht werden. Sie betreffen vor allem Wahlberechtigung und Wählbarkeit; die Prüfung geht dabei von der Voraussetzung aus, daß eine allgemeine Ortskrankenkasse neu errichtet wird, die auch die Landkassenpflichtigen umfaßt.

1. Wahlberechtigt sind die beteiligten volljährigen Arbeitgeber und die volljährigen Versicherten (§ 333). Da die neuen Kassen erst zum 1. Januar 1914 ins Leben treten, haben sie zurzeit weder Mitglieder noch beteiligte Arbeitgeber; vielmehr muß man bei dieser ersten Wahl sinngemäß das Wahlrecht denjenigen zubilligen, die am Wahltage Mitglieder der Kasse oder beteiligte Arbeitgeber sein würden, wenn die Kasse an diesem Tage bereits ins Leben getreten wäre. Bei der Aufstellung der Wählerliste kann man freilich nicht den künftigen Wahltag, sondern nur den Zeitpunkt der Anmeldung zur Liste zugrunde legen. Wer bei der Anmeldung eine Beschäftigung hat, die ihn ortskassenpflichtig macht, muß aufgenommen werden, auch auf die Gefahr hin, daß er bis zur Wahl infolge Stellenwechsel Betriebskrankenkassenmitglied wird und folglich am Wahltage trotz seiner Aufnahme in die Liste, die ja nach den geltenden Vorschriften nur zum Ausweis dient und nicht etwa ein formelles Wahlrecht trotz fehlender materieller Voraussetzungen begründet, zurückgewiesen werden müßte. Wer aber bei der Anmeldung zur Liste arbeitslos ist, kann nicht aufgenommen werden, dagegen bleibt es ihm unbenommen, am Wahltage auf Grund einer inzwischen erlangten ortskassenpflichtigen Beschäftigung sein Wahlrecht auf Grund gehörigen Ausweises auszuüben. Da der Kreis der Kassenmitglieder und damit auch der beteiligte Arbeitgeber zur Hauptsache unmittelbar durch das Gesetz bestimmt wird, bietet diese Vorwegnahme des Bestehens der Kasse für bestimmte Tage keine besonderen grundsätzlichen Schwierigkeiten, wenn auch im einzelnen sich Zweifel genug ergeben.

2. Daß als Arbeitgeber wählen kann, wer nur Dienstboten beschäftigt, ist zweifellos; nur im Sinne des § 329 Abs. 2 RVO. gilt er nicht als Arbeitgeber und kann daher trotz Widerspruchs der Versicherten zum Kassenvorsitzenden bestellt werden, wenn eine Wahl nicht zustande kommt; seine Wahlberechtigung berührt das aber in keiner Weise[1]). Daß auch juristische Personen, privaten wie öffentlichen Rechts, als Arbeitgeber wählen können, wenn sie ortskassenpflichtige Personen beschäftigen, versteht sich auch ohne ausdrückliche Vorschrift von selbst. Sie müssen ihr Wahlrecht durch einen ihrer gesetzlichen Vertreter ausüben, z. B. die Städte durch den Bürgermeister oder ein Magistratsmitglied, die Aktiengesellschaften und eingetragenen Genossenschaften durch ein Vorstandsmitglied, die Gesellschaften mit beschränkter Haftung durch einen Geschäftsführer. Angestellte dagegen, die zur Vertretung der juristischen Person nicht kraft Gesetzes berufen sind, z. B. Direktoren einer Aktiengesellschaft, die nicht Vorstandsmitglieder sind, oder Prokuristen, können das Wahlrecht für sie nicht ausüben, wenigstens nicht, wenn die Wahlordnung, wie das wohl überall der Fall sein wird, persönliche Ausübung des Wahlrechts vorschreibt, mithin Bevollmächtigte ausschließt; nur bezüglich der Wählbarkeit sind Geschäftsführer und Betriebsbeamte den Arbeitgebern gleichgestellt (§ 13). Reich, Staat und Provinz haben in den verschiedensten Kassenbezirken selbständige

[1]) Es wäre kein Anlaß gewesen, diese Selbstverständlichkeit hervorzuheben, wenn sich nicht die falsche Auffassung, offenbar auf Grund eines Mißverständnisses, in die vom Hauptverband der Ortskrankenkassen aufgestellte Musterfatzung eingeschlichen hätte (§ 79 Abs. 5).

Digitized by Google

Behörden, die vielfach ortskassenpflichtige Personen beschäftigen. Jede Behörde wird als selbständig wahlberechtigt anzusehen sein für die von ihr beschäftigten Versicherungspflichtigen; das Wahlrecht übt der Leiter der Behörde oder sein berufener Vertreter aus. Selbstverständlich kann dieser — und ebenso das Vorstandsmitglied, das für eine juristische Person wählt, daneben noch ein eigenes Wahlrecht ausüben, z. B. als Arbeitgeber eines Dienstmädchens. Gehört ein und derselbe Arbeitgeber der Kasse mit mehreren, an sich selbständigen Betrieben an, so ist zur Feststellung seiner Stimmenzahl die Zahl der Versicherungspflichtigen in den verschiedenen Betrieben zusammenzuzählen.

So gut wie die rechtsfähigen wird man auch die nicht rechtsfähigen Vereine als Arbeitgeber zur Wahl zulassen müssen, wenn sie ortskassenpflichtige Personen beschäftigen; gilt streng rechtlich auch die Gesamtheit der Mitglieder als Arbeitgeber dieser Angestellten (§ 54 BGB.), so ist es doch unbedenklich, ein Vorstandsmitglied deren Wahlrecht ausüben zu lassen. In Betracht kommen z. B. die Gewerkschaften und Gewerkschaftskartelle mit ihren Sekretären (wobei nötigenfalls an der Hand der Satzung zu prüfen bleibt, ob der örtliche Gewerkverein oder der übergeordnete Verband der Arbeitgeber ist), ferner nicht eingetragene Vergnügungsvereine, die einen Boten beschäftigen u. dgl.

Auch Gesellschaften (im strengen Rechtssinne) kommen häufig als Arbeitgeber in Frage, z. B. die offenen Handelsgesellschaften und die Sozietäten der Rechtsanwälte. In solchen Fällen ist jeder der mehreren Gesellschafter Arbeitgeber der Angestellten, aber nur mit den übrigen Gesellschaftern zusammen; mithin steht auch das Wahlrecht den Gesellschaftern nur gemeinschaftlich zu; in der Natur der Dinge liegt es, daß es nur einer für alle ausüben kann. Wie aber, wenn z. B. zwei Kaufleute, die eine offene Handelsgesellschaft bilden, für diese acht ortskassenpflichtige Personen beschäftigen, und daneben jeder für sich noch ein Dienstmädchen? Haben sie, nach der Abstufung der Mustersatzung (§ 97) 1, 2 oder 3 Stimmen? Richtig ist meines Erachtens folgende Lösung: Für die acht gemeinschaftlichen Angestellten kann nur der eine von den beiden Gesellschaftern das Wahlrecht ausüben; daneben kann er für sein Dienstmädchen nicht noch eine besondere Stimme beanspruchen, sondern sie ist der Zahl der Geschäftsangestellten, für die er stimmt, hinzuzuzählen und danach sein Stimmrecht zu bemessen; denn für sie alle ist er der Arbeitgeber, wenn auch für jene nicht ausschließlich. Derjenige Gesellschafter aber, der das Stimmrecht für die Geschäftsangestellten nicht ausübt, muß befugt sein, als Arbeitgeber seines Dienstmädchens auch seinerseits zu wählen, für die der andere Gesellschafter als Arbeitgeber nicht in Betracht kommt.

3. Bei den Versicherten ist vor allem die Frage zu prüfen, ob die unständig Beschäftigten und die Hausgewerbetreibenden schon an dieser ersten Wahl teilzunehmen berechtigt sind. Sie werden ja Kassenmitglieder nicht schon kraft Gesetzes, sondern erst durch Eintragung in das besondere Mitgliederverzeichnis (§§ 442, 468); sie sollen sich freilich selbst dazu melden, und die Kasse trägt sie unter Umständen auch von Amts wegen ein (§§ 443, 444). Ob diese Eintragung nun am Wahltage vorhanden gewesen wäre, wenn die Kasse an diesem Tage bereits ins Leben getreten wäre, läßt sich natürlich nicht sagen; mithin ist auch die Frage nicht mit Sicherheit zu beantworten, ob sie am Wahltage Kassenmitglieder gewesen sein würden. Immerhin ist es doch offenbar unbillig, diese Personenkreise von der Teilnahme an der Wahl zu der Kasse auszuschließen, der sie anzugehören gesetzlich verpflichtet sind. Ihre Zulassung läßt sich mit der Erwägung rechtfertigen, daß sie mit der Anmeldung der Wählerliste oder mit der Teilnahme an der Wahl ihren Willen zur Mitgliedschaft bei der Kasse bekunden. Sie sind insofern bei der Kasse gemeldet, ihr amtlich bekannt, so daß sie sie in das besondere Verzeichnis aufnehmen könnte, wenn es ein solches bereits gäbe; das muß hier genügen.

Auch die Mitglieder der eingeschriebenen Hilfskassen werden als wahlberechtigt anzuerkennen sein, selbst wenn sie zurzeit gemäß § 75 KVG. versicherungsfrei sind. Ob ihre Hilfskasse als Ersatzkasse fortbesteht, wird zur Zeit der Wahl häufig genug gar nicht feststehen. Aber selbst wenn das der Fall ist, sind sie ja künftig kraft Gesetzes Mitglieder der zuständigen Krankenkasse (§ 517). Ob sie aber den Antrag auf Ruhen ihrer Rechte und Pflichten bei dieser stellen werden, steht noch

Digitized by Google

dahin und darf daher nicht unterstellt werden; melden sie sich zur Teilnahme an der Wahl, so kann das lediglich gegen diese Annahme sprechen. Stellen sie nachher den Antrag doch, so liegt das rechtlich kaum anders, als wenn ein Kassenmitglied, das sein Wahlrecht ausgeübt hat, bald darauf aus der Kasse ausscheidet.

Wer freiwilliges Mitglied einer Krankenkasse ist, die infolge der Errichtung der neuen allgemeinen Ortskrankenkasse geschlossen wird, hat nach § 300 das Recht auf Mitgliedschaft bei dieser, und zwar, wie mit Hahn, Handbuch, § 300 Anm. 2, § 289 Anm. 2) anzunehmen ist, ohne besondere Beitrittserklärung, mithin muß ein solcher Versicherter, z. B. ein Angestellter mit 3000 M., der freiwillig der zum 1. Januar 1914 geschlossenen gemeinsamen Ortskrankenkasse angehört, auch zur Wahl für die neue Kasse zugelassen werden. Dagegen würde ein solcher Angestellter mit mehr als 4000 M. regelmäßigem Gesamteinkommen wohl schon zur Wahl nicht zuzulassen sein, da ihm der Vorstand alsbald nach dem Inslebentreten der Kasse mitzuteilen haben würde, daß seine Mitgliedschaft erloschen sei (§ 314 Abs. 2) [1]).

Dagegen sind solche Personen, die nicht bereits versichert, sondern lediglich berechtigt sind, der neuen Kasse freiwillig beizutreten, zur Teilnahme an dieser ersten Wahl nicht befugt. Sie stehen in keiner notwendigen gesetzlichen Beziehung zur neuen Kasse, insofern als es lediglich in ihrem Belieben steht, ob sie ihr beitreten wollen; insofern befinden sie sich doch der Kasse gegenüber in erheblich anderer Lage, als die unständig Beschäftigten und die Hausgewerbetreibenden, die ja auch nicht kraft Gesetzes Mitglied werden, aber doch dazu verpflichtet sind. Auch kann die Satzung den Beitritt der Versicherungsberechtigten ja von der Vorlegung eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses abhängig machen, dessen Prüfung unmöglich schon jetzt im Wahlverfahren erfolgen kann.

4. Nicht nur bei freiwillig Versicherten, sondern auch bei Pflichtmitgliedern kann es vorkommen, daß sie zugleich selbst Arbeitgeber sind. Das Gesetz berücksichtigt diesen Fall in § 14 Abs. 2 indem es vorschreibt, daß Versicherte für die Bildung der Organe den Arbeitgebern zugerechnet werden, wenn sie regelmäßig mehr als zwei Versicherungspflichtige beschäftigen. Das gilt „für die Bildung der Organe". Darunter könnte man auch die aktive Wahlbeteiligung, das Ausüben des Stimmrechts, verstehen, wenn nicht der Zusammenhang mit § 14 Abs. 1 und § 13, die lediglich von der Wählbarkeit handeln, klarstellte, daß sich die Vorschrift nur auf die Wählbarkeit bezieht. Für die Wahlberechtigung gilt mithin jene Regel nicht, vielmehr wird man, mit Hahn (Handbuch § 14 Anm. 2) annehmen müssen, daß, wer die Voraussetzung der Wahlberechtigung sowohl als Arbeitgeber wie als Versicherter erfüllt, auch in beiden Lagern das Wahlrecht ausüben darf. Der Arbeiter der eine Haushälterin, der Angestellte, der ein Dienstmädchen beschäftigt, kann sich mithin zur Wählerliste der Arbeitgeber wie zu derjenigen der Versicherten melden. Das ist nicht unberechtigt; ist er doch tatsächlich auch an der Kasse sowohl als Versicherter wie als Arbeitgeber interessiert und trägt in beiden Eigenschaften zu ihr bei. Der innere Grund, der zum Ausschluß der gleichzeitigen Wählbarkeit in beiden Gruppen führt, tritt bei der Wahlberechtigung durchaus zurück, jene Ausnahmevorschrift ist daher auf diese auch nicht entsprechend anwendbar. Wohl aber gilt der Grundsatz, daß Wählbarkeit in beiden Gruppen ausgeschlossen ist, auch für den Fall, daß ein Geschäftsführer oder Betriebsbeamter, der nach § 13 Abs. 2 für die Wählbarkeit ja einem Arbeitgeber gleichsteht, zugleich selbst versichert ist; ein solcher wird nur als Versicherter wählbar sein, da ihm diese Wählbarkeit nicht wohl durch die gehobene Art seiner Anstellung geschmälert werden kann; ist er aber selbst auch Arbeitgeber — betreibt er z. B. nebenher ein eigenes Geschäft —, so gilt wieder § 14 Abs. 2.

5. Nach § 21 Abs. 4 dürfen die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes nicht zugleich besoldete Beamte des Versicherungsträgers sein. Nur für den Vorstand ist das vorgeschrieben, gilt mithin nicht für den Ausschuß.

[1]) Anmerkung der Redaktion: Der Verfasser geht hier von einer nicht unbestrittenen Auffassung der Rechtslage für die Uebergangszeit aus. Vgl. gegen diese Auffassung Hahn in Arb.-Versorgg. 1912 S. 25 ff. u. Handb. der Krankenvers. Anm. 3 zu § 178 S. 199; dagegen im Sinne des Verfassers Hoffmann Anm. 6 zu § 314.

Digitized by Google

Vom Vorstand sind aber, trotz des Wortlauts des Gesetzes, nicht nur die besoldeten „Beamten" der Kasse im Sinne des § 351, 359 ausgeschlossen, sondern alle besoldeten Angestellten. Die im II. Buch sorgfältig durchgeführte Unterscheidung von Beamten und Angestellten (vgl. §§ 349 ff.) ist in der Fassung des zu den „Gemeinsamen Vorschriften" gehörigen § 21 Abs. 4 offenbar noch nicht beachtet. Weder der Zweck der Vorschrift, die ja gerade besonders auf die Krankenkassen gemünzt ist, noch die Begründung, nach der die Bestimmung für die Mitgliedschaft im Vorstand den Charakter des Ehrenamts dadurch wahren soll, daß der Inhaber des Ehrenamts nicht gleichzeitig mit Besoldung im Dienste des Versicherungsträgers angestellt sein darf, lassen irgendeinen Zweifel daran bestehen, daß auch die Angestellten gemeint sind (so auch Hoffmann, Vorbemerkung von §§ 349 ff., letzter Absatz). Es ergäbe sich sonst auch das absurde Resultat, daß der Geschäftsführer der Kasse, wenn er Angestellter ist, zugleich Vorstandsmitglied sein kann, nicht aber, wenn er Beamter ist. Es heißt dem Wortlaut den Vorzug vor Sinn und Zweck geben, wenn man mit Hahn (Handbuch § 21 Anm. 4) nur die „Beamten" im technischen Sinne der §§ 351, 359 für ausgeschlossen vom Vorstand erachtet, nicht die „Angestellten" der Kasse.

Zum Ausschuß dagegen sind, wie schon bemerkt, Beamte wie Angestellte der Kasse gleichmäßig wählbar, sofern sie im übrigen den Voraussetzungen der Wählbarkeit genügen. Auch durch die Satzung kann ihnen dieses Recht meines Erachtens nicht verkürzt werden, denn die Voraussetzungen der Wählbarkeit sind im Gesetz festgelegt, und die Satzung würde das Gesetz ändern, wenn sie die Wählbarkeit beschränken würde. Das gilt, wie für den Vorstand (so mit Recht Hahn zu § 335 gegen Hoffmann § 335 Anm. 6), so vollends für den Ausschuß.

Das Verfahren vor dem Rentenausschuß der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Von Rechtsanwalt **Bleek** in Berlin.

Der Rentenausschuß ist unter den Behörden des Versicherungsgesetzes für Angestellte die, mit der die Angestellten und ihre Arbeitgeber es am meisten zu tun haben werden. Er ist für alle Angelegenheiten die Stelle, an die sie sich zu wenden haben. Der Vorsitzende des Rentenausschusses hat auf Befragen, sei es mündlich in den Dienststunden, sei es sonst schriftlich, Auskunft zu geben. Der Rentenausschuß prüft, ohne freilich über sie zu entscheiden, die Tatsachen, die zur Begründung eines Antrages auf Einleitung eines Heilverfahrens vorgebracht werden, er entscheidet im ersten Rechtszug über die Bewilligung von Renten und anderen Leistungen der Versicherungsanstalt und über die Pflicht und das Recht durch Beitragsleistungen sich die Anwartschaft auf Rente zu sichern.

Während nun aber das Verfahren vor den Gerichten des Versicherungsgesetzes für Angestellte, dem Schiedsgericht und dem Oberschiedsgericht, im Gesetz selbst ausführlich geregelt ist, war für das Verfahren vor dem Rentenausschuß alles der Bestimmung des Reichskanzlers überlassen. Dieser hat eine Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Rentenausschüsse vom 14. Februar 1913 erlassen, die in der Nummer 13 des Reichsgesetzblattes veröffentlicht und mit der Verkündung in Kraft getreten ist.

Alle Anträge können schriftlich oder mündlich beim Rentenausschuß gestellt werden. Anträge auf Bewilligung von Renten, Heilverfahren oder sonstigen Leistungen der Reichsversicherungsanstalt können übrigens auch bei jeder andern öffentlichen Behörde, also bei jedem Gericht, jeder Gemeinde-, Verwaltungs- oder Polizeibehörde gestellt werden und müssen von dieser dann an den zuständigen Rentenausschuß abgegeben werden — vorläufig ist nur ein Rentenausschuß in Berlin errichtet, der für das ganze Deutsche Reich zuständig ist.

Digitized by Google

Alle Anträge können auch von Minderjährigen gestellt werden. Diesen gibt der Vorsitzende des Rentenausschusses nötigenfalls einen Vertreter, der ihre Rechte wahrnimmt, bis ein Vormund oder Pfleger, falls sie keinen haben, ernannt ist, was der Vorsitzende in die Wege zu leiten hat.

In der mündlichen Verhandlung, wie auch sonst in dem ganzen Verfahren vor dem Rentenausschuß, kann sich der Antragsteller und jeder andere durch geeignete Personen, vor allem durch Rechtsanwälte, vertreten lassen. Sie müssen in der Regel eine schriftliche Vollmacht haben, nur bei nahen Angehörigen kann von dem Erfordernis der Vollmacht abgesehen werden. Es kann aber auch jederzeit das persönliche Erscheinen jedes Beteiligten angeordnet werden. Dann werden ihm seine baren Auslagen und sein Zeitverlust vergütet. Der Vorsitzende kann den Beteiligten auch gestatten, sich auf Kosten der Reichsversicherungsanstalt einen Vertreter zu nehmen; er kann ihnen auch selbst einen Vertreter geben.

Wird noch in der mündlichen Verhandlung eine Beweisaufnahme nötig, so ist sie, wenn es geht, namentlich wenn Zeugen und Sachverständige zur Stelle sind oder unverzüglich gestellt werden können, sofort vorzunehmen.

Die Entscheidung wird verkündet, wenn sie nach mündlicher Verhandlung ergeht, und zwar, falls es sich um die Feststellung von Leistungen der Versicherungsanstalt handelt, öffentlich, auch wenn während der Verhandlung auf besonderen Beschluß die Oeffentlichkeit ausgeschlossen war. Sie wird aber auch in diesem Fall, wie sonst, mit schriftlicher Darstellung des Sachverhalts und der Entscheidungsgründe den Beteiligten zugestellt, was bei verkündeter Entscheidung spätestens innerhalb von zwei Wochen geschehen soll. Ist gegen die Entscheidung ein Rechtsmittel möglich, so ist dies an ihrem Schluß zu sagen mit einem Hinweis darauf, in welcher Frist und Form und an welcher Stelle es anzubringen ist.

Der Antrag wird, sobald er eingeht, allen andern am Verfahren Beteiligen mitgeteilt, ebenso alle weiteren Schriftsätze. Ihnen sind deshalb Abschriften in entsprechender Zahl beizufügen. Mit der Mitteilung der Schriftstücke setzt der Rentenausschuß den Beteiligten eine Frist zu Gegenerklärungen.

Geht ein Antrag ein, so bereitet der Vorsitzende die Sache vor. Er vernimmt Zeugen und Sachverständige, zieht Urkunden, amtliche Auskünfte, Akten heran, nimmt Augenschein ein. Soweit er alles dies nicht selbst tun kann, etwa weil Beweiserhebungen an andern Orten vorzunehmen sind, kann er sich der Vermittelung anderer Behörden bedienen, zu eidlichen Vernehmungen die Gerichte heranziehen. Auch den Antragsteller selbst kann er hören oder hören lassen, ihn auch zu schriftlichen Äußerungen auffordern. Jedenfalls muß er, auch durch Befragung, alles tun, um den Sachverhalt aufzuklären. Bei der Augenscheinseinnahme und der Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen ist den Beteiligten Gelegenheit zur Teilnahme an den Terminen zu geben. Ist die Sache dann zur Entscheidung reif, so entscheidet entweder der Vorsitzende allein oder in Verbindung mit Beisitzern. In diesem Fall ist eine mündliche Verhandlung erforderlich.

Vorgeschrieben ist die Zuziehung von Beisitzern nur für die Fälle der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt und darum eine Rente zu gewähren ist. In gewissen Fällen, wo es sich um rein rechnungsmäßige Feststellungen handelt, dürfen keine Beisitzer zugezogen werden. In den übrigen Fällen liegt es in dem Ermessen der Vorsitzenden, ob er Beisitzer zuziehen will oder nicht. Soweit Beisitzer zugezogen werden, haben je ein Vertreter der Angestellten und ihrer Arbeitgeber mitzuwirken. Weibliche Beisitzer dürfen nur tätig werden, wenn es sich nicht um richterliche Entscheidungen handelt. Die Beisitzer werden vor der ersten Sitzung, in der sie mitwirken, vereidigt.

Die mündlichen Verhandlungen werden in der Regel am Sitze des Rentenausschusses, zunächst also nur in Berlin abgehalten, doch kann der Vorsitzende sie auch an anderen Orten anberaumen. Zwischen der Ladung und der Verhandlung soll mindestens ein Zeitraum von einer Woche liegen.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Geltung der Vorschriften des Fünften und Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung bei Ersatzansprüchen der Krankenkassen gegen Berufsgenossenschaften; Zuständigkeit.

Entsch. des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 24. Februar 1913.

Streitig ist die Frage, ob die Bayerische Baugewerks-Berufsgenossenschaft rechtlich verpflichtet ist, an die Ortskrankenkasse für M. als Ersatz für die dem Tagelöhner Josef M. in M. nach Ablauf der 13. Woche seit dem von ihm erlittenen Betriebsunfalle in der Zeit vom 12. Januar 1912 bis 21. Februar 1912 durch Heilbehandlung und Verabreichung von Krankengeld gewährte Unterstützung nur durch Ueberweisung von Unfallrentenbeträgen Ersatz zu leisten, oder ob auch noch aus Mitteln der Berufsgenossenschaft für die Kosten der Heilbehandlung besonderer weiterer Ersatz gewährt werden muß.

Der Vertreter der Ortskrankenkasse für M. hat nun in der öffentlichen Sitzung des Gerichtshofs vom 17. Februar 1913 den Antrag gestellt, den Regierungsbescheid und den Beschluß des Stadtmagistrats M. aufzuheben und zu erkennen, daß das Verwaltungsstreitverfahren unzulässig und die Sache an das Versicherungsamt abzugeben sei. Zur Begründung dieses Antrags berief sich der Vertreter der Ortskrankenkasse auf die Entscheidung des Kgl. Verwaltungsgerichtshofs vom 16. Dezember 1912 in Sachen Kosten des Heilverfahrens für die Köchin Anna Sch. in M. (s. Reger, Bd. 33 S. 77) dann auf die Art. 60, 86 und 87 Einf. Ges. z. RVO. und machte unter Berufung auf den Erlaß des Reichskanzlers vom 19. November 1912 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912, S. 1093, 1094, dann Reger Bd. 33 S. 75) geltend, daß mit dem am 1. Januar 1913 erfolgten Inkrafttreten des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung (Unfallversicherung) auch das Fünfte Buch der Reichsversicherungsordnung voll in Kraft getreten sei. Art. 60 Einf.-Ges. treffe zu, denn nach der Reichsversicherungsordnung sei es ausgeschlossen, daß dem Verletzten von seinen Renten Kosten des Heilverfahrens abgezogen werden.

Der Antrag des Vertreters der Ortskrankenkasse für M. entbehrt der Begründung. Art. 60 Einf.-Ges. z. RVO. lautet in seinem hier in Betracht kommenden Absatz 1:

„Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung sind, wenn sie für die Berechtigten günstiger sind, vorbehaltlich der Art. 85, 87 bis 93, 96 bis 99, auf die erste Feststellung von Entschädigungsansprüchen aus Unfällen anzuwenden, die sich vor dem Inkrafttreten des dritten Buches der Reichsversicherungsordnung ereignet haben. Dies gilt jedoch nur dann, wenn der Berechtigte schon nach altem Recht einen Entschädigungsanspruch hatte und über diesen an jenem Tage noch nicht rechtskräftig entschieden ist."

Abgesehen davon, daß es sich bei der den Kgl. Verwaltungsgerichtshof beschäftigenden Streitsache nicht um „die erste Feststellung von Entschädigungsansprüchen" des Verletzten aus einem Unfalle handelt, werden in Art. 60 Einf. Ges. z. RVO. die Bestimmungen der Art. 85, 87 bis 93 usw. dieses Gesetzes ausdrücklich vorbehalten. Hier kommen die Art. 85 und 87 in Betracht. Diese lauten: Art. 85: „Ist ein Verfahren an dem Tage, an dem die Vorschriften des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung in Kraft treten, bereits anhängig, so wird es nach den bisher geltenden Vorschriften erledigt, soweit die Art. 86 bis 99 nichts anderes vorschreiben." Art. 87: „Die Vorschrift des Art. 86" — die Sache ist an das Versicherungsamt abzugeben, wenn darüber noch nicht entschieden ist; für das weitere Verfahren gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung — „gilt auch für die Fälle, in denen an dem in Art. 85 bezeichneten Tage nach § 26 Abs. 2, § 27 GUVG. ein Verfahren vor der Aufsichtsbehörde anhängig."

Nach Art. 3 der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912 (RGBl. S. 439) sind nun die Vorschriften des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung — Unfallversicherung — und die zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften mit Wirkung vom 1. Januar 1913 in Kraft gesetzt worden. Unter den zur Durchführung der Vorschriften des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung erforderlichen „anderen Vorschriften" sind wie der Kgl. Verwaltungsgerichtshof in der oben erwähnten Entscheidung vom 16. Dezember 1912 (Reger Bd. 33 S. 77) zu Art. 2 des Einf. Ges. z. RVO. dargelegt hat, in Uebereinstimmung mit den Ausführungen im angeführten Erlasse des Reichskanzlers vom 19. November 1912 (Reger Bd. 33 S. 75) zu rechnen die Vorschriften des Fünften Buches der Reichsversicherungsordnung — Beziehungen der Versicherungsträger zueinander und zu anderen Verpflichteten — und des Sechsten Buches der Reichsversicherungsordnung — Verfahren —.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um eine Streitsache der in Art. 87 Ziff. 2 Einf. Ges. z. RVO. bezeichneten Art. Die Streitsache müßte sonach an das Versicherungsamt abgegeben werden, wenn darüber noch nicht entschieden ist. Nun hat nicht nur

Digitized by Google

der Stadtmagistrat M. unterm 14. Juni 1912, sondern auch die Kgl. Regierung von Oberbayern, Kammer des Innern, als Beschwerdeinstanz unterm 27. September 1912, also geraume Zeit vor dem Inkrafttreten der Vorschriften des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung und der zu ihrer Durchführung erforderlichen anderen Vorschriften in der Sache Entscheidung getroffen.

Wenn der Vertreter der Ortskrankenkasse sich darauf bezog, daß in dem der Entscheidung des Gerichtshofs vom 16. Dezember 1912 zugrunde liegenden Falle auch bereits ein Regierungsbescheid vorlag, so ist darauf zu entgegnen, daß es sich hierbei um einen erstinstanziellen Bescheid handelte und daß dieser erst nach Inkrafttreten der für das betreffende Versicherungsgebiet maßgebenden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung erlassen worden ist.

Hiernach ist die von der Ortskrankenkasse gegen den Regierungsbescheid vom 27. September 1912 fristzeitig und formgerecht eingelegte Beschwerde im Verwaltungsstreitverfahren durch den Kgl. Verwaltungsgerichtshof zu bescheiden; seine Zuständigkeit gründet sich auf § 26 Abs. 2 GUVG. in der Fassung vom 5. Juli 1900 und Art. 2 Abs. 3 des Gesetzes das Verwaltungsstreitverfahren beim Vollzuge der Unfallversicherungsgesetze betr. vom 20. Dezember 1901 (Ges. u. VBl. S. 734).

B. Zur Krankenversicherung.

Inwiefern steht ansteckende Krankheit der Begründung eines versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses entgegen?

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 3. April 1913.

Der Vorderrichter geht ohne Rechtsirrtum davon aus, daß der Anspruch des klagenden Armenverbandes gegen die Ortskrankenkasse auf Erstattung der Kosten der von ihm dem hilfsbedürftigen B. gewährten Unterstützung gemäß § 57 Abs. 2 KVG. gegen die Beklagte nur dann begründet war, wenn B. durch seinen Eintritt in die Beschäftigung bei der genannten Firma Mitglied der Beklagten geworden war und daß dies dann der Fall gewesen wäre, wenn diese Beschäftigung nicht durch eine Vereinbarung zwischen der Arbeitgeberin und B. im voraus auf einen kürzeren Zeitraum als eine Woche beschränkt war. Sodann stellt der Vorderrichter ohne Rechtsirrtum und ohne Verfahrensmangel fest, daß B.s Aufnahme in die Beschäftigung der Firma davon abhängig gemacht war, daß er in einer alsbald in die Wege geleiteten ärztlichen Untersuchung und durch das über ihr Ergebnis ausgestellte Attest als gesund befunden würde. Er folgert daraus, daß das günstige Ergebnis der ärzlichen Untersuchung zur Bedingung der endgültigen Aufnahme in die Beschäftigung bei der Firma gemacht und daß insoweit das Arbeitsverhältnis, solange das ärztliche Attest noch nicht vorlag, als ein bedingtes gekennzeichnet war und daß B., der schon nach zwei Tagen wegen der ärztlich bekundeten ansteckenden Krankheiten entlassen wurde, deshalb die Mitgliedschaft bei der Beklagten nicht erworben hatte und daß folgenderweise keine Erstattungspflicht der Beklagten gegenüber dem Kläger besteht (vgl. Urteil des Oberverwaltungsgerichts vom 11. April 1910, abgedruckt im Preußischen Verwaltungsblatt Jahrg. 31 S. 717 und in der Arb.-Versorgg. Jahrg. 28 S. 86).

Die Revision bestreitet, daß B. nur bedingungsweise bei der Firma eingestellt sei und macht für ihre Auffassung geltend, daß in einem Schreiben der letzteren an den Oberbürgermeister gesagt ist, der Grund der Arbeitsniederlegung des B. sei ihr unbekannt. Daraus will sie einen Verfahrensmangel oder einen Verstoß des Vorderrichters gegen den klaren Inhalt der Akten herleiten, da mit diesem Schreiben die gegenteilige Feststellung des Vorderrichters, daß kein auf unbestimmte Dauer berechnetes Arbeitsverhältnis vorgelegen habe, unvereinbar sei. Dieser Angriff ist verfehlt. Der Vorderrichter konnte zu der von ihm getroffenen Feststellung gelangen auf Grund der glaubwürdigen, auch in der Vorinstanz vom Kläger nicht bestrittenen Mitteilung der Firma, daß sie stets die Aufnahme der Arbeiter in ihre Fabrik von der Beibringung eines ärztlichen Gesundheitsattestes abhängig macht und ferner auf Grund der von der Beklagten gegebenen durchaus einleuchtenden Aufklärung dafür, daß die vom Kläger für seinen abweichenden Standpunkt verwertete unvollständige oder unzutreffende Auskunft von seiten der genannten Firma durch einen nicht genügend unterrichteten, stellvertretungsweise tätigen Angestellten erfolgt war. Ist aber die Feststellung des Vorderrichters ohne wesentlichen Mangel des Verfahrens und ohne Verstoß gegen den klaren Inhalt der Akten getroffen, so ist sie für die Revisionsinstanz maßgebend. Mit diesem Revisionsangriffe fällt aber auch die weitere Behauptung der Revision, daß B.s Beschäftigung weder durch die Natur

Digitized by Google

ihres Gegenstandes noch durch den Arbeitsvertrag im voraus auf weniger als eine Woche beschränkt gewesen sei.

Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses wegen Krankheit erst im Zeitpunkte der Abholung der Arbeitskleider.

Entscheidung des **Hessischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 6. Januar 1912.

Für die vorliegende Streitsache kommt es allein darauf an, ob das Beschäftigungsverhältnis des Arbeiters E. bei dem Färbereibesitzer D. drei Wochen im Sinne des Schlusses des Abs. 3 des § 28 KVG. gedauert hat, um den Anspruch des Ortsarmenverbandes auf Ersatz der Kosten der von ihm gewährten Spitalpflege zu begründen. Es wird von beiden Teilen zugegeben, daß E. am Montag den 14. Februar 1910 bei D. in Arbeit getreten sei und am Montag den 7. März morgens seine Arbeitskleider unter der Erklärung abgeholt habe, daß er wegen Krankseins nicht arbeiten könne.

Während der Ortsarmenverband davon ausgeht, daß die Voraussetzung für den von ihm erhobenen Anspruch auf Ersatz der Pflegekosten durch das bestandene Beschäftigungsverhältnis von drei Wochen vorliege, behauptet die Ortskrankenkasse, daß der letzte Arbeitstag der 5. März gewesen sei, an welchem Tage E. auch abgelöhnt worden sei. Das krankenversicherungspflichtige Arbeitsverhältnis habe mit der Einstellung der Beschäftigung sein Ende erreicht, habe somit nicht volle drei Wochen gedauert. E. sei am 7. März nicht erschienen, um noch zu arbeiten, sondern habe nur seine Kleider abgeholt. Hierin sei eine Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses über den 5. März hinaus nicht zu erblicken.

Der Gerichtshof hat sich der von dem Ortsarmenverband vertretenen Auffassung in Uebereinstimmung mit der Entscheidung des Provinzialausschusses angeschlossen, weil ein Zweifel darüber nicht bestehen kann, daß das Beschäftigungsverhältnis des E. bei D. erst am Montag den 7. März mit dem Abholen der Arbeitskleider durch E. unter der Erklärung, daß er wegen Krankheit nicht weiter in Arbeit bleiben könne, sein Ende erreicht hat, somit tatsächlich eine ununterbrochene Zugehörigkeit zu einer auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes errichteten Krankenkasse während voller drei Wochen als Voraussetzung für den Anspruch auf Unterstützung während der innerhalb drei Wochen eingetretenen Erwerbslosigkeit vorliegt.

Nach dieser tatsächlichen Feststellung der volle drei Wochen stattgefundenen Dauer des Beschäftigungsverhältnisses des E. und der Zugehörigkeit des ersteren als Mitglied der Ortskrankenkasse während dieser Zeit lag für den Gerichtshof keine Veranlassung vor, auf die von dem Vertreter des Staatsinteresses aufgestellte Behauptung näher einzugehen, daß nach einer Entscheidung des Reichsgerichts als Erfordernis für den Unterstützungsanspruch und § 28 des KVG. die versicherungspflichtige Beschäftigung während dreier Arbeitswochen schon genüge, die Berechnungsvorschrift des § 78a also auf die hier in Betracht kommende Frist des § 28 KVG. keine Anwendung finde.

Arbeitgeber kann nach den tatsächlichen Umständen auch derjenige sein, der im Vertrage nur als „stiller" Gesellschafter bezeichnet ist.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 2. Juni 1913.

Arbeitgeber im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes ist der Betriebsunternehmer, d. i. derjenige, für dessen Rechnung der Betrieb erfolgt (Reger-Henle, KVG., 8. Aufl. Anm. 2 zu § 49, Hahn, KVG., 6. Aufl. Anm. 1a zu § 38, Anm. 1a zu § 49, Entsch. des VGH. Bd. 17 S. 20, Reger Bd. 16 S. 176).

Es unterliegt nun keinem Zweifel, daß Johann R. als Arbeitgeber zu erachten und demgemäß zur Zahlung der Krankenversicherungsbeiträge verpflichtet ist. Dies wird auch von dem Genannten nicht mehr bestritten, nachdem er gegen den erstinstanziellen Bescheid Beschwerde nicht erhoben hat.

Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitgebereigenschaft des Georg R. ist die Vorinstanz mit Recht von der Annahme ausgegangen, daß die Bestimmungen des am 17. Januar 1909 zwischen Johann R. und Georg R. abgeschlossenen Vertrags für diese dem öffentlichen Recht angehörige Fragen nur insoweit in Betracht kommen können, als sie mit den tatsächlichen Verhältnissen nicht in Widerspruch stehen. Insoweit die Vertragsbestimmungen mit den tatsächlichen Verhältnissen übereinstimmen, sind selbstverständlich die Bestimmungen des BGB. und, soweit dies nach der rechtlichen Natur des Vertragsverhältnisses angängig ist, auch des Handelsgesetzbuches für die aus dem Vertrage entspringenden Rechtsverhältnisse maßgebend.

Nun ist zwar in § 2 des Vertrags vom 17. Januar 1909 bestimmt, daß an Stelle des aus dem Geschäfte austretenden Christoph R. der Kaufmann Georg R. „als stiller Gesellschafter" eintritt. Allein eine „stille Gesellschaft" im Sinne des Handelsgesetzbuches liegt schon um deswillen

Digitized by Google

nicht vor, weil nach § 5 des Vertrags dem Georg R. in bezug auf den Geschäftsbetrieb Rechte eingeräumt sind, wie sie sonst nur dem Betriebsunternehmer selbst oder einem Gesellschafter im Sinne des bürgerlichen Rechts (§§ 705 ff. BGB.) zukommen, als da sind: tätig sein im Geschäftsbetrieb, Führung der Geschäftsbücher, Vertretungsbefugnis der Gesellschaft nach außen, Befugnis Gelder einzukassieren und Quittung zu erteilen, Vereinnahmung aller im Geschäft zur Einzahlung gelangenden Gelder.

Diesem vertragsmäßigen Zustand haben aber auch, wie die Vorinstanz ebenfalls mit Recht angenommen hat, die tatsächlichen Verhältnisse entsprochen. Johann R. war der Techniker im Stukkateurgeschäfte, er besorgte die technische Kenntnisse erfordernden Arbeiten, er stellte infolgedessen auch die Arbeiter ein. Georg R. war der Kaufmann im Geschäfte, er hat die Kassaführung besorgt; denn er hat, wie die Beilage des Schriftsatzes seines Prozeßbevollmächtigten vom 23. Oktober 1909 im Prozesse „Georg R. gegen Johann R. wegen Vertragserfüllung" beweist, während der Dauer seiner Beteiligung am Geschäfte R. und R., d. i. vom Januar bis August 1909 28100 M. für das Geschäft vereinnahmt, dagegen allerdings, wie die erwähnte Beilage ausweist, über 40000 M. vorausgabt. Damit stimmt auch die Aussage der Ehefrau des Georg R. und seiner Tochter überein, die unterm 20. März 1913 bekundeten, daß Georg R. jedesmal an den Zahltagen dem Geschäfte R. und R. eine runde Summe angewiesen habe.

Aus den festgestellten vertragsmäßigen und tatsächlichen Verhältnissen kann ohne Bedenken gefolgert werden, daß Georg R. an dem Stukkateurgeschäfte R. und R. nicht wie ein stiller Gesellschafter beteiligt war, sondern daß er als Gesellschafter im Sinne des § 705 ff. des BGB. die kaufmännische Führung des Geschäfts besorgte und hierbei das Geschäft mit seinem Vermögen stützte. Nachdem Georg R. nach § 8 Abs. 3 des mehrerwähnten Vertrags von dem nach Abzug aller Betriebsausgaben, worunter auch die Arbeitslöhne fallen, sich ergebenden Geschäftsgewinne die Hälfte zu beziehen hatte, muß auch angenommen werden, daß das Geschäft nicht nur für Rechnung des Johann R., sondern auch für Rechnung des Georg R. geführt wurde. Hieran ändert auch die Tatsache nichts, daß Georg R. infolge des von ihm behaupteten vertragswidrigen Verhaltens seines Geschäftsteilhabers Johann R. mit Verlust arbeitete.

Der Umstand, daß Georg R. auf der Baustelle — Trainkasernenbau in F. — die Lohnauszahlung nie vorgenommen, sich auch im übrigen um die Arbeit nicht bekümmert habe, ist ohne wesentliche Bedeutung; denn die persönliche Lohnauszahlung bildet kein ausschlaggebendes Merkmal dafür, ob ein Geschäft für Rechnung einer bestimmten Person geführt wird. Wesentlich ist vielmehr, daß die Lohnzahlung für Rechnung dieser Person erfolgt, was bezüglich des Georg R. als nachgewiesen zu erachten ist.

Die Zeugen G., B. und W. hatten zudem von dem geschäftlichen Gebahren des Georg R. den persönlichen Eindruck, daß dieser und Johann R. gleichberechtigte Teilhaber am Geschäfte waren, daß sogar Georg R. „als der Geldmann" der mehrberechtigte war.

Hiernach hat die Vorinstanz mit Recht angenommen, daß Johann R. und Georg R. für die Zeit vom 1. Januar 1909 bis 4. August 1909 als Arbeitgeber der im Stukkateurgeschäfte R. und R. beschäftigten Personen zu gelten haben und demgemäß sämtlich verpflichtet sind, die rückständen Krankenversicherungsbeiträge im nicht bestrittenen Betrage von 416,88 M. zu bezahlen.

Krankenversicherung der im Auslande von einem Innungsmitgliede beschäftigten Arbeiter (§§ 57 a Abs. 3, 73 KVG.).

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 28. Januar 1913.

Auch die im Ausland von einem Innungsmitglied beschäftigten Arbeiter gehören der Innungskrankenkasse an, sofern die Tätigkeit im Ausland sich als Teil, Zubehör des inländischen Betriebs darstellt (vgl. Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912 über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und Krankheit versicherten Personen I Ziff. 3). Diese Voraussetzung erschien in bezug auf die Dachdeckerarbeiten am Neubau des badischen Bahnhofs in Basel, die ein Pforzheimer Meister übernommen hatte, als gegeben. Der Umstand, daß Einstellung, Entlassung und Entlohnung der Arbeiter in Basel einem Vorarbeiter übertragen und daß angeblich ein eigenes Bureau dort eingerichtet war, rechtfertigt die Annahme nicht, daß die Baseler Arbeiten als ein selbständiger, von dem Gewerbebetrieb in Pforzheim losgelöster Teilbetrieb anzusehen wären; die Beteiligten waren selbst nicht dieser Meinung, da der Arbeitgeber die Baseler Arbeiter bei der Innungskrankenkasse angemeldet und diese die Versicherungsbeiträge eingezogen hatte.

Der im Ausland erkrankte Versicherte hat allerdings einen direkten Unterstützungsanspruch gegen den Betriebsunternehmer (§ 57 a Abs. 3, vgl. § 58 Abs. 1 KVG.); die Kasse kann jedoch die

Digitized by Google

Fürsorge auch selst übernehmen (vgl. RVO. § 221); hat sie dies (durch Einweisung des Erkrankten ins Spital, direkte Bezahlung der Verpflegungskosten usw.) getan, so kann sie ihn nicht mehr an den zunächst verpflichteten Unternehmer verweisen.

Auch werden durch Abmachungen, welche die Kasse etwa mit dem Betriebsunternehmer über die Behandlung von Unterstützungsfällen der in § 57 a Abs. 3 KVG. bezeichneten Art getroffen hat, die gesetzlichen und statutarischen Ansprüche des Versicherten nach Art und Umfang in keiner Weise berührt.

C. Zur Unfallversicherung.

Die Pflicht der Berufsgenossenschaft zur Bezahlung von Arztkosten beschränkt sich auf das Notwendige und Angemessene.

Aus einem Urteile des **Württ. Schiedsgerichts I** vom 22. März 1912.

Wenn das GUVG. in § 9 Abs. 1 Ziff. 1 den Unfallverletzten vom Beginn der 14. Woche ab freie ärztliche Behandlung auf Kosten der Berufsgenossenschaft zusichert, so kann hierunter sinngemäß und nach Auslegung auch den oben angeführten Entscheidungen des Reichsversicherungsamts von 1896 und 1898 immer nur eine notwendige und angemessene ärztliche Hilfe gemeint sein. Es müßte zu Mißbräuchen und unberechenbarer Belastung der Versicherungsträger führen, wenn die Versicherten berechtigt sein sollten, ganz willkürlich Zahl und Art der ärztlichen Hilfe zu bestimmen, Aerzte nach Belieben oder einen Arzt so häufig, als ihnen behagt, aufzusuchen und um Rat und Hilfe auf Kosten des Versicherungsträgers anzugehen. Vielmehr muß letzterem die Möglichkeit gegeben sein, in vorbeugender Weise oder durch Abweisung übermäßiger Forderung den Rahmen notwendiger und angemessener ärztlicher Hilfe mitzubestimmen. Noch mehr muß aber ein solches Mitbestimmungsrecht dann gegeben sein, wenn der Versicherungsträger, wie im vorliegenden Fall, ausdrücklich den Versicherten darüber aufgeklärt und Uebereinstimmung über eine notwendige und angemessene Hilfe hergestellt hat.

Es liegt in der durch das Schreiben der Berufsgenossenschaft vom 22. Mai 1909 angebahnten, durch stillschweigende Zustimmung zustandegekommenen Vereinbarung eine nach dem Unfallversicherungsgesetz zulässige, weil nicht zum Nachteil des Versicherten gereichende Abmachung vor, an welche sich der letztere zu halten verpflichtet war, falls er eine Ersatzpflicht für ärztliche Hilfe zu Lasten des Versicherungsträgers ableiten wollte. Der Versicherte und der von ihm gewählte Arzt konnten hierüber nicht im unklaren sein.

Wenn nun in der Abmachung die letzteren auf ärztliche Hilfe in Notfällen ohne vorherige Zustimmung der Berufsgenossenschaft beschränkt sind, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß eine Kostenersatzpflicht der Berufsgenossenschaft auch nur in diesen Grenzen besteht und der Versicherte gehalten ist, nachzuweisen, daß er ärztliche Hilfe auf Kosten der Berufsgenossenschaft nur in diesen Grenzen nachgesucht und empfangen hat. Der Vertreter des Versicherten sucht diesen Nachweis damit zu erbringen, daß er alle im Jahre 1910 dem Kläger geleistete ärztliche Hilfe als eine solche in Notfällen bezeichnet. Ein Notfall setzt nun immer einen Zustand augenblicklicher besonderer Gefahr voraus, welcher ein plötzliches Eingreifen von Hilfe erfordert und rechtfertigt. Daß solche Zustände geherrscht haben in den Zeiträumen, über welche die strittige Rechnung vorgelegt wird, ist nirgends ausreichend dargetan. Die einfache Behauptung des Berufungsklägers, es haben lauter Notfälle vorgelegen, genügt um so weniger, als nach dem Gutachten des Wiener gerichtlichen Sachverständigen für die Richtigkeit dieser Behauptung keinerlei Anhalt besteht und die Vertrauensärzte des Schiedsgerichts aus den Darlegungen des Dr. J. hierüber kein Urteil gewinnen können.

Es wäre Pflicht des letzteren, wenn er eine Forderung für Notfälle aufstellen wollte, diese Notfälle nach Art, Ort und Zeit genau zu beschreiben und so zu begründen, daß eine Nachprüfung durch Sachverständige möglich ist, widrigenfalls seine ärztliche Hilfe nicht als solche in Notfällen, für welche die Berufsgenossenschaft ersatzpflichtig gemacht werden kann, anzuerkennen ist. Sein Vorbringen, er müsse nach österreichischem Gesetz auf Anrufen ärztliche Hilfe geben, geht in der Frage der strittigen Kostenerstattungspflicht eines Versicherungsträgers fehl. Die Pflicht zu ärztlicher Hilfeleistung ist durchaus vereinbar mit derjenigen, die ersatzpflichtige Berufsgenossenschaft bei einer durch ein ganzes Jahr hindurch geleisteten Hilfe einigermaßen rechtzeitig zu verständigen.

Es fehlt ein ausreichender Nachweis, daß die nach der strittigen Kostenrechnung im Jahre 1910 dem Kläger geleistete ärztliche Hilfe eine angemessene und notwendige, nach § 9 GUVG. eine Entschädigungspflicht für die beklagte Berufs-

Digitized by Google

genossenschaft begründende Hilfeleistung für den Kläger war, der nach der mehrerwähnten Abmachung solche nur für Notfälle anrufen sollte und wollte.

Die Berufsgenossenschaft kann nicht verbunden werden, die vorliegende Rechnung über 725 M. zu bezahlen, vielmehr muß Berufungskläger mit seiner Berufung abgewiesen werden, welch letzterem es überlassen bleiben muß, eine mit den gesetzlichen Bestimmungen vereinbare, unter den angegebenen Bedingungen auf Notfälle beschränkte Heilbehandlung nachzuweisen und deren Kosten der Berufsgenossenschaft zum Ersatz anzumelden.

Dem Vorschlag der schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte, an der Rechnung etwa ein Drittel als angemessen anzuerkennen, vermochte das Schiedsgericht nicht zu folgen, da es hierdurch zu einer zu willkürlichen, nach dem Gutachten dieser Aerzte selbst einer irgendwie haltbaren Grundlage entbehrenden Festsetzung gelangt wäre.

Ueberfall auf eine Verkäuferin als Betriebsunfall.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 29. April 1913.

Wie aus den Akten der Königlichen Staatsanwaltschaft zweifelsfrei hervorgeht, betrat der Kutscher Albert R. in Berlin am 4. Mai 1912 das in der Greifswalderstraße gelegene Seifengeschäft der Firma W. in der Absicht, die Ladenkasse zu berauben. Es war ihm bekannt, daß die Klägerin, die als Verkäuferin in dem Geschäft tätig war, um die fragliche Zeit allein im Laden anwesend war, er wollte sie durch Schläge mit einem zu diesem Zwecke mitgebrachten Hammer betäuben und sich alsdann den Inhalt der Ladenkasse aneignen. Während die Klägerin ihm die Seife verabreichte, schlug er sie von der Seite mit dem Hammer auf den Kopf, wurde dann aber, da die Klägerin um Hilfe rief, alsbald festgenommen. Die Klägerin hat wegen eines im Anschluß an den Unfall aufgetretenen Nervenleidens Entschädigungsansprüche an die Beklagte gestellt, die jedoch von dieser wie auch vom Schiedsgericht zurückgewiesen worden sind, weil die Klägerin bei Gelegenheit einer nicht versicherten Verkaufstätigkeit verunglückt sei. Wie die Akten der Beklagten über den Betrieb der Firma W. ergeben, war die Klägerin mit einem Viertel ihrer Gesamttätigkeit gegen Unfall versichert.

Der Standpunkt des Schiedsgerichts erscheint nicht gerechtfertigt. Allerdings war die Klägerin, nur soweit sie Lagerungs- und Beförderungsarbeiten verrichtete, auch hinsichtlich ihrer Verkaufstätigkeit versichert. Die Feststellung, daß die Klägerin bei Vornahme einer solchen nicht versicherten Verkaufstätigkeit verunglückt sei, ist jedoch irrig. Das an die Klägerin gerichtete Ersuchen des R. um Lieferung eines Stückes Seife war lediglich ein Vorwand, der die Ausführung des von vornherein beabsichtigten räuberischen Ueberfalls ermöglichen sollte. Tatsächlich war es dem R. überhaupt nicht um den Ankauf der Seife zu tun — er hatte, wie er bei seiner Vernehmung vor der Staatsanwaltschaft selbst angegeben hat, den hierzu erforderlichen Geldbetrag gar nicht bei sich —, sondern er wollte durch sein Ansinnen, ihm ein Stück Seife zu verkaufen, lediglich den wahren Zweck seiner Anwesenheit verbergen und eine günstige Gelegenheit finden, die Klägerin niederzuschlagen. Hiernach stellt sich aber der Unfall nicht lediglich als ein Ausfluß der Gefahr dar, der die Klägerin durch ihre Verkaufstätigkeit ausgesetzt war, sondern er war bedingt durch ihre Gesamttätigkeit in dem betreffenden Geschäfte. Die Klägerin hatte während ihres Dienstes außer den Verpflichtungen, die der Verkauf der Waren und die Bedienung der Kunden mit sich brachte, auch die Waren aus dem Handlager zu entnehmen und wieder dahin zurückzuschaffen und überhaupt diejenigen Handlungen wahrzunehmen, die zur Vorbereitung und Instandhaltung eines geordneten Geschäftsbetriebs erforderlich waren. Der Umstand, daß die Klägerin zur Ausübung dieser ihrer gesamten Tätigkeit um die fragliche Zeit zur Mittagsstunde allein im Laden anwesend war, gab dem R. Veranlassung zu dem Ueberfall. Die der Klägerin zugefügte Körperverletzung ereignete sich hiernach nicht nur zufällig an dem Orte und zur Zeit ihrer Tätigkeit im Betriebe, sondern die Veranlassung dazu beruhte wesentlich in ihrer gesamten Betriebstätigkeit, und die verletzende Handlung selbst stellte sich dar als ein Ausfluß der mit dieser verbundenen Gefahr. Da hiernach die Klägerin einer Gefahr erlegen ist, der sie auch durch ihre bei der Beklagten versicherte Tätigkeit mit ausgesetzt war, so hat die Beklagte für die Folgen des Unfalls, und zwar in vollem Umfange einzutreten (zu vgl. Handb. der Unfallversf. 3. Aufl., Anm. 60 zu § 1 GUVG. S. 120).

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Kann das Vergehen gegen § 1497 RVO. bei Annahme mildernder Umstände mit Gefängnis bestraft werden?

Urteil des **Reichsgerichts**, I. Strafsenats v. 23. Dezember 1912.

Der Angeklagte ist wegen Vergehens gegen § 1497 RVO. unter Annahme mildernder Umstände zu einer Gefängnisstrafe von einem Monat verurteilt worden. Während die Verurteilung im übrigen zu Bedenken keinen Anlaß gibt, wird die Straffestsetzung mit zutreffender Begründung von der Staatsanwaltschaft zugunsten des Angeklagten als ungesetzlich angefochten. Der Revision ist in Uebereinstimmung mit den Ausführungen des Oberrechtsanwalts und dessen Anträgen entsprechend stattgegeben.

Nach § 1497 Abs. 1 RVO. ist die Wiederverwendung entwerteter Marken mit der „gleichen Strafe" bedroht, wie sie in § 1496 für die Markenfälschung vorgesehen ist. Unter der „gleichen Strafe" kann nur die in § 1496 angedrohte Gefängnisstrafe nicht unter drei Monaten und als Nebenstrafe die Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte gemeint sein, nicht etwa nur die Strafart des Gefängnisses in dem vom allgemeinen Strafgesetz vorgesehenen Maße. Bei mildernden Umständen, die der § 1496 nicht kennt, „darf" dagegen auf Geldstrafe bis zu 300 M. oder Haft erkannt werden (§ 1497 letzter Satz). Es handelt sich sonach um ein Vergehen, das im Regelfall mit Gefängnis nicht unter drei Monaten, bei mildernden Umständen an erster Stelle und wahlweise neben Haft mit Geldstrafe von mehr als 150 M. bedroht ist. Der Gebrauch des Wortes „darf" bei Festsetzung der für den Fall der mildernden Umstände vorgesehenen Strafen entspricht der im Strafgesetzbuch getroffenen Anordnung, wonach dann, wenn bei Vergehen mildernde Umstände vorliegen (§§ 187, 189, 246, 263, 313, 340), auf eine regelmäßig nur der Art nach mildere Strafe erkannt werden „kann". Dagegen kommt durch den Gebrauch des Wortes „darf" keineswegs zum Ausdruck, daß der Richter nicht auf die beiden Strafarten — Geldstrafe und Haft — ausschließlich beschränkt sei, sondern daß er auch die für den Regelfall vorgesehene Strafart, also die Gefängnisstrafe, anwenden dürfe, ohne jedoch an die für den Regelfall vorgesehene Strafhöhe gebunden zu sein, und er sonach unter diese herabgehen dürfe bis zum gesetzlichen Mindestmaß auch dieser Strafart. Nur dann, wenn das Gesetz, genau so wie es in den § 187 und § 340 Abs. 1 StGB. für den im wesentlichen gleichgestalteten Fall geschehen ist, anordnen würde, daß die in einer bestimmten Mindesthöhe im Regelfall angedrohte Gefängnisstrafe bei Zulassung mildernder Umstände bis auf ihren gesetzlichen Mindestbetrag ermäßigt werden könne oder dürfe, wäre der Richter befugt, sich dieser Strafart zu bedienen und sie vom gesetzlichen Mindestbetrag an aufwärts anzuwenden. In Ermangelung einer solchen Anordnung kann die Bestimmung des Gesetzes, die unverändert aus dem früheren Invaliditätsversicherungsgesetz übernommen wurde, nicht dahin aufgefaßt werden, daß dem Richter freistehe, auf Gefängnis oder auf Geldstrafe oder Haft zu erkennen; vielmehr sollen ihm danach ausschließlich diese letztgenannten beiden Strafarten zur Verfügung stehen. Ob das dem Willen des Gesetzgebers entspricht oder auf einem Versehen beruht, ist gleichgültig . . .

Betreibung des Unfallentschädigungsverfahrens durch die Versicherungsanstalten. Rechtsmittelfristen für die Versicherungsanstalten.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Februar 1913.

Was zunächst die Frage angeht, ob die auf § 113 Abs. 3 JVG. gegründete Berufung der Landesversicherungsanstalt Elsaß-Lothringen rechtzeitig eingelegt war, so hat das Reichsversicherungsamt bereits in der Rekursentscheidung 2015, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1903 S. 512, ausgesprochen, daß die Versicherungsanstalt nur dann das Unfallversicherungsverfahren betreiben kann, wenn durch die Festsetzung der dem Verletzten zustehenden Unfallrente eine Entlastung für sie selbst eintreten würde. Indem der Senat sich den Ausführungen dieser Entscheidung angeschlossen hat, mußte er davon ausgehen, daß die Versicherungsanstalt überhaupt erst dann zur Berufungseinlegung berechtigt war, als ihre Verpflichtung zur Gewährung der Invalidenrente feststand, d. h. erst nach Erlaß des Bescheides vom 14. Oktober 1910. Die Berufungsfrist hatte daher für die Versicherungsanstalt erst frühestens mit diesem Tage begonnen, und die dann innerhalb eines Monats eingelegte Berufung ist rechtzeitig eingegangen. Im vorliegenden Falle können nun allerdings Zweifel entstehen, ob nicht die Verpflichtung der Versicherungsanstalt zur Gewährung der Invalidenrente schon in einem früheren Zeitpunkt feststand. Der Verletzte hatte nämlich bereits am 14. November 1907 einen Anspruch auf Invalidenrente erhoben und die Versicherungsanstalt hatte durch den Bescheid vom 2. März 1908 den

Digitized by Google

Anspruch anerkannt. Diese Anerkennung bezog sich jedoch nur auf die ersten 13 Wochen nach dem Unfall vom 26. Januar 1907, nämlich auf die Zeit vom 26. Januar bis 27. April 1907. In dem Bescheid war ausdrücklich ausgeführt: „Im übrigen steht Ihnen ein Invalidenrentenanspruch nicht zu, weil Ihre Erwerbsunfähigkeit durch den Unfall vom 26. Januar 1907 hervorgerufen worden ist, und Sie für dessen Folgen vom 28. April 1907 ab eine die gewährte Invalidenrente übersteigende Unfallrente beziehen (§ 15 Abs. 2 des Gesetzes)". Nach dieser Fassung des Bescheides und nach der ausdrücklichen Bestimmung des § 15 Abs. 2 IVG. bestand demnach vom 28. April 1907 ab eine Verpflichtung der Versicherungsanstalt zur Gewährung der Invalidenrente und damit eine rechtliche Möglichkeit für sie, sich durch die Betreibung des Unfallentschädigungsverfahrens eine Entlastung zu verschaffen, überhaupt nicht mehr. Diese Möglichkeit trat erst wieder ein, als der Verletzte neuerdings Antrag auf Invalidenrente stellte, und die Versicherungsanstalt diesen Anspruch anerkannte. War sonach die Landesversicherungsanstalt überhaupt nicht berechtigt, vor dem 14. Oktober 1910 Berufung gegen die Bescheide der Beklagten einzulegen, so kann auch nicht davon gesprochen werden, (§ 113 Abs. 3 ZPO.), daß sie ein Verschulden an der Versäumung der Berufungsfristen treffe, selbst wenn ihn, wie das tatsächlich der Fall war, die jetzt mit Berufung angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 14. Dezember 1907, 15. Mai 1909 und 15. Juni 1910 jeweils alsbald nach ihrem Erlaß zur Kenntnis gekommen sind (zu vgl. Rekursentscheidung vom 5. März 1904, Prozeßliste Nr. 3050/03). Ganz abgesehen davon ergibt aber das Schreiben der Landesversicherungsanstalt an die Beklagte vom 28. Juni 1910 mit aller Bestimmtheit, daß die Landesversicherungsanstalt sich erst nach Eingang eines wiederholten Invalidenrentenantrags des Verletzten für befugt erachtete, zur Sache Stellung zu nehmen, daß sie also aus rechtlichen Erwägungen nicht früher das Unfallentschädigungsverfahren betrieben hat. Auch aus diesem Grunde würde ein „Verschulden" der Versicherungsanstalt im Sinne des § 113 Abs. 3 ZPO. nicht angenommen werden können. (Breithaupt.)

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Ist bei der Gehaltsberechnung für einen im Laufe des Monats ausgetretenen Handlungsgehilfen der Monat stets zu 30 Tagen zu rechnen?

Urteil des **Kaufmannsgerichts Mannheim** vom 19. April 1913.

Der Kläger ist bei dem Beklagten gegen 250 M. Monatsgehalt als Verkäufer tätig gewesen und am 25. Februar 1913 vereinbarungsgemäß ausgetreten. Bei der Ausrechnung des ihm für die 25 Tage des Februar zukommenden Gehaltsteiles hat der Beklagte den Monat zu 30 Tagen gerechnet und demnach den Tagesentgelt auf 8,33 M. festgestellt. Kläger verlangt dagegen, daß als Divisor die Zahl 28 genommen werde, da der Monat Februar tatsächlich nur 28 Tage habe, so daß der Tagesentgelt von 8,92 M. sich ergebe, und begehrt demgemäß die Nachzahlung der Differenz von 14,75 M. Der Beklagte wendet ein: es sei im kaufmännischen Leben üblich, den Monat zu 30 Tagen anzunehmen, wenn es sich um Teile eines Monats handle. Kläger macht geltend, es möge wohl sonst im kaufmännischen Leben — z. B. in der Praxis der Banken — üblich sein, den Monat zu 30 Tagen (das Jahr zu 360 Tagen) zu nehmen; aber wenn es sich, wie im vorliegenden Falle, um die Vergütung geleisteter Dienste handle, so gehe das nicht an; der Kläger habe beim Beklagten an 25 Tagen des Monats Februar gearbeitet und habe daher nicht $^{25}/_{30}$, sondern $^{25}/_{28}$ des Monatsgehalts zu fordern. Die Klage ist abgewiesen.

Aus den Gründen:

Dem Kläger ist entgegenzuhalten, daß die Praxis, den Monat zu 30 Tagen zu nehmen, wenn es sich um Teile eines Monats handelt, falls man sie auch auf die Gehaltsberechnung überträgt, keineswegs immer zuungunsten des Angestellten wirkt, sondern in den meisten Fällen — wenn es sich um Monate mit 31 Tagen handelt — zugunsten des Angestellten; nur der Monat Februar macht hier eine Ausnahme. Auch kann man sagen, daß der Kläger in den 25 Tagen des Februar nicht mehr Arbeit geleistet hat als in den ersten 25 Tagen jedes beliebigen andern Monats, und daß daher kein Grund vorliegt, warum er nun gerade für die 25 Tage des Februar mehr Vergütung soll beanspruchen dürfen, als wenn es sich um irgendeinen andern Monat handeln würde. Diese Erwägung führt von selbst dazu, für die Berechnung des Tagesverdienstes aus dem Monatsfixum die Durchschnittsdauer der Monate mit 30 Tagen zugrunde zu legen. Dafür spricht auch die vom Beklagten mit Recht geltend gemachte Tatsache, daß dieser Durchschnitt von 30 Tagen im Geschäftsleben, namentlich im kaufmännischen Verkehr, allgemein üblich ist. Daß auch Zweckmäßigkeitsgründe — die leichtere Division — dafür sprechen, braucht kaum erwähnt zu werden.

Uebrigens läßt sich auch der § 189 BGB. zugunsten dieses Verfahrens verwerten. Dort heißt es, daß unter einem „halben Monat" durchweg 15 Tage zu verstehen sind, so daß z. B.,

Digitized by Google

wenn mit einem — nicht kaufmännischen — Angestellten eine halbmonatige Kündigungsfrist vereinbart ist, die Kündigung am 31. Januar nicht auf Ende des 14. Februar, sondern erst auf Ende des 15. Februar erfolgen könnte. Auch § 192 BGB. kann angezogen werden; § 191 spricht zum mindesten nicht dagegen.

(Gewerbe- und Kaufmannsgericht.)

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Leitsätze für die Regelung der Verhältnisse der für Krankenkassen tätigen Aerzte (Vertragsabschluß).

Die gesamten Krankenkassen-Hauptverbände haben die folgenden Leitsätze aufgestellt für die Verträge, die in der nächsten Zeit zwischen Krankenkassen und Aerzten abgeschlossen werden:

A. Anstellung der Aerzte.

I. Die Kassen sollen Aerzte in einer Anzahl anstellen, daß einerseits die von ihnen zu leistende ärztliche Versorgung sichergestellt ist und andererseits keine Ueberlastung des einzelnen Arztes entsteht.

II. Wenn die Zahl der zu bestellenden Kassenärzte eine große ist, so empfiehlt es sich, die Verhandlungen über den Abschluß der Verträge mit einer Vertretung der an der Kassenpraxis beteiligten Aerzte zu führen. Die Verträge selbst jedoch sind, dem Charakter des Dienstvertrages entsprechend, mit den einzelnen Aerzten zu schließen.

Die Verträge sollen auf fünf Jahre unkündbar abgeschlossen werden. Bei fortlaufenden Verträgen ist eine Kündigungsfrist von mindestens sechs Monaten vorzusehen.

Bei der Erneuerung der Verträge sollen die bisher tätigen Aerzte in erster Linie berücksichtigt werden. Es soll ein bisher für die Kasse tätiger Arzt nur wegen eines wichtigen Grundes ausgeschlossen werden. Ob ein wichtiger Grund vorliegt, entscheidet das unter Ziff. VIII vorgesehene Schiedsgericht.

B. Arztsystem.

III. Es kann den Mitgliedern — und bei Familienhilfe ihren anspruchsberechtigten versicherungsfreien Angehörigen — entweder die Wahl unter den Kassenärzten freigestellt werden (Kassenarztsystem mit beschränkt freier Arztwahl), oder es können Kurbezirke gebildet werden für einzelne oder mehrere Aerzte, in welchem Falle die Versicherten bis zur nächsten Ummeldung auf die Aerzte ihres Kurbezirkes angewiesen sind.

Bei freier Arztwahl sollen alle Aerzte, die Kassenpraxis treiben wollen, zugelassen und die Mitglieder in der Wahl unter den zugelassenen Aerzten nicht beschränkt werden.

C. Aerztliche Leistungen.

IV. Die Verpflichtung der Kassenärzte zur Gewährung ärztlicher Behandlung hat sich ihrem Umfange und ihrer Dauer nach auf die gesamte ärztliche Versorgung zu erstrecken, die die Kassenmitglieder für sich und ihre versicherungsfreien Angehörigen von der Kasse beanspruchen können.

Den Kranken ist die tatsächlich notwendige ärztliche Hilfe zu gewähren, andererseits ist die Art und Zahl der ärztlichen Leistungen auf das nach pflichtmäßigem Ermessen des Arztes zur Krankheitsbeseitigung notwendige Maß zu beschränken.

Arznei- und Heilmittel sollen nicht mehr als notwendig verordnet werden. Die Verschreibung derselben hat in sparsamer Form zu erfolgen.

Arbeitsunfähigkeit darf nur wirklich arbeitsunfähigen Kranken bescheinigt werden.

D. Bezahlung der ärztlichen Leistungen.

V. Die Vergütung der ärztlichen Tätigkeit sollte, abgesehen von den Fällen der Anstellung von beamteten oder Distriktsärzten, nur nach festen, für das Mitglied und das Jahr bemessenen Sätzen (Pauschale) erfolgen. Sondervergütungen sollten daneben nur zugelassen werden bei größerem Zeitaufwand sowie bei Schwierigkeit und größerem Umfang der Leistung, z. B. bei Geburtshilfe.

Die Kopfsätze sind verschieden zu bemessen, je nachdem Familienhilfe gewährt wird oder nicht. Sie müssen sich richten nach dem Umfang der ärztlichen Leistungen und den örtlichen Verhältnissen. Spezialärztliche Kosten, ausgenommen solche für Zahnärzte, sind aus dem Pauschale zu bestreiten.

Bei der Honorierung soll ein Unterschied zwischen Pflichtmitgliedern und freiwilligen Mitgliedern nicht gemacht werden.

Die näheren Festsetzungen über die Verteilung des Pauschale bleiben der besonderen Vereinbarung vorbehalten.

Für Krankheitsbescheinigungen und sonstige Atteste, für Auskünfte, Gutachten einfacher Art und alle sonstigen schriftlichen Aeußerungen, wie sie der Geschäftsverkehr mit einer Krankenkasse mit sich bringt, sind keine besonderen Vergütungen zu zahlen.

E. Ausschüsse für ärztliche Angelegenheiten.

VI. Bei jeder Kasse sollte ein Ausschuß für ärztliche Angelegenheiten gebildet werden. Derselbe soll aus einer gleichen Zahl von Vertretern der Kasse und der Kassenärzte bestehen. Die Vertreter der Kasse werden von dieser bestellt, die ärztlichen Vertreter von den für die Kasse tätigen Kassenärzten aus ihrer Mitte gewählt. In dem Ausschuß führt, wenn nicht anderes vorgesehen wird, abwechselnd ein Vertreter der Kasse und der Kassenärzte den Vorsitz.

VII. Aufgabe des Ausschusses ist es, bei der Regelung aller die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder und die Stellung der Kassenärzte betreffenden Fragen mitzuwirken und durch Anträge, Verhandlungen und gutachtliche Aeußerungen eine zweckmäßige und friedliche Lösung dieser Fragen zu fördern.

Insbesondere gehört zu den Obliegenden des Ausschusses:

a) die Vorberatung des Abschlusses von neuen Arztverträgen;
b) die Erörterung von Unzuträglichkeiten, die sich bei Ausführung geltender Arztverträge ergeben haben;
c) die gutachtliche Aeußerung über Anstellung neuer Kassenärzte und über die veränderte Abgrenzung von Kassenarztbezirken;

Digitized by Google

d) die Besprechung von Vorschlägen zur Vereinfachung und Verbesserung des Geschäftsganges der Krankenkasse, soweit es die Tätigkeit der Kassenärzte berührt, insbesondere des Krankenscheinwesens;
e) die Begutachtung von Einrichtungen für die Krankenkontrolle;
f) die Prüfung der Bedürfnisfrage für die Anstellung von Heilgehilfen und für Einrichtungen zur ersten Hilfe;
g) Anweisungen über die Verordnungsweise aufzustellen;
h) die Untersuchung von Beschwerden der Kassenmitglieder über Kassenärzte und der Kassenärzte über Kassenmitglieder.

F. Schiedsgericht.

VIII. Der gemäß Ziff. VI zu bildende Ausschuß entscheidet als Schiedsgericht über Streitigkeiten, die zwischen der Kasse und den Kassenärzten über die Auslegung und Ausführung bestehender Verträge entstehen.

Einigen sich die Mitglieder nicht, so wird ein unparteiischer Obmann gewählt, der über die Krankenversicherung unterrichtet sein muß. Kommt eine Wahl wegen Stimmengleichheit nicht zustande, so soll der Leiter des für die Kasse zuständigen Versicherungsamtes um Uebernahme des Amtes oder um Bestellung eines Obmannes gebeten werden.

Die Entscheidungen des Schiedsgerichts sind endgültig und für beide Teile bindend.

Etwaige Kosten trägt der unterliegende Teil.

Aufgestellt am 21. Juli 1913.

Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, Dresden.
Hauptverband deutscher Betriebskrankenkassen, Essen.
Gesamtverband deutscher Krankenkassen, Essen.
Allgemeiner deutscher Knappschaftsverband, Berlin.
Verband deutscher Innungskrankenkassen, Hannover.
Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen, Berlin.

Wichtig für die kleineren Betriebskrankenkassen.

Unter dieser Ueberschrift finden wir in der „Betriebskrankenkasse" folgende beachtenswerte Bemerkungen:

Wie die Erfahrungen gezeigt haben, ist von einer Reihe von Firmen übersehen worden, für ihre Betriebskrankenkassen den Antrag auf Zulassung rechtzeitig zu stellen. Die betr. Kassen werden daher Ende dieses Jahres geschlossen werden. Das gleiche Schicksal trifft diejenigen Betriebskrankenkassen, die im Durchschnitt der letzten drei Jahre nicht 100 Mitglieder haben, die aber zurzeit und auch für die Zukunft mehr als 150 Versicherungspflichtige umfassen. Dieser zweite Fall kommt namentlich bei einer stattlichen Zahl von Zuckerfabriken und ähnlichen Saisonbetrieben wegen der Mißernte 1911 in Betracht. Der Verband hat bei diesen Verhältnissen empfohlen, die Errichtung neuer Betriebskrankenkassen zu betreiben, die am 1. Januar 1914 ins Leben und somit unmittelbar an die Stelle der geschlossenen Kassen treten. Leider werden den betr. Firmen vielfach von den zuständigen Behörden Schwierigkeiten gemacht. In der Praxis waren auch Zweifel aufgetaucht, wie es in diesem Falle mit dem Uebergang der Vermögen der geschlossenen Kassen stehe. Der Verband und auch andere in Betracht kommende Stellen haben sich an das preußische Ministerium für Handel und Gewerbe gewendet und dieses gebeten, den Versicherungsbehörden in diesen Beziehungen geeignete Weisungen zu geben. Der Herr Minister für Handel und Gewerbe hat an die Oberversicherungsämter unter dem 5. Juli einen Erlaß (III 6063) gerichtet, in dem u. a. folgendes festgestellt wird:

„In vielen Fällen werden sich die für die Versicherten befürchteten Nachteile der Schließung der Kasse dadurch vermeiden lassen, daß schon jetzt, vor dem 1. Januar 1914, eine neue Betriebskrankenkasse errichtet wird: Die durch die §§ 299 ff. RVO. vorgeschriebene Regelung der Beziehungen der alten und der neuen Betriebskrankenkassen wird in diesem Falle möglichst einfach im Einvernehmen mit dem Vorstand der aufzulösendnn Kasse zu gestalten sein. Das vorhandene Vermögen ist nach § 303 a. a. O. der neuen Betriebskrankenkasse zuzuweisen. Die Versicherungsämter und interessierte Betriebskrankenkassen sind auf die Zweckmäßigkeit der Neuerrichtung hinzuweisen.

In dem Bescheide des Herrn Ministers an den Verband vom 18. Juli (III 6576) wird noch ausdrücklich darauf hingewiesen, daß die beteiligten Firmen im Einzelfalle Beschwerde führen könnten, wenn Versicherungsbehörden der Errichtung von Betriebskrankenkassen zum 1. Januar 1914 Schwierigkeiten in den Weg legen sollten.

Wie wir gerne feststellen, handelt auch das Ministerium bei der Beantwortung von Beschwerden im Sinne des Erlasses vom 5. Juli. Wie ein uns vorliegender Bescheid des Ministeriums ergibt, hat dieses eine Firma, deren Betriebskrankenkasse nach Lage der gesetzlichen Bestimmungen nicht zugelassen werden kann, bei der aber die Möglichkeit der Errichtung einer neuen Betriebskrankenkasse gegeben ist, hierauf besonders aufmerksam gemacht."

Plan einer Arbeitslosenversicherung für Groß-Berlin.

Die Arbeitslosigkeit, der Mangel an Arbeitsgelegenheit, hat in diesem Jahre wieder einen bedauerlichen Umfang angenommen und macht sich naturgemäß besonders in den großen Städten in empfindlicher Weise geltend. In Berlin wird die Zahl der Arbeitslosen auf etwa 50000 geschätzt. Abhilfe im Wege der Veranstaltung von Notstandsarbeiten kann selbstverständlich nur in unzulänglicher Weise und nur vorübergehend geschaffen werden. Da drängt sich erneut der Gedanke einer Arbeitslosenversicherung auf. Sie ist in wirksamer und sachgemäßer Art nur durchführbar, wenn sie sich nicht auf eine Einzelgemeinde beschränkt, sondern größere Bezirke umfaßt, die ein einheitliches Wirtschaftsgebiet darstellen. Auf diesem Gedanken beruht ein Antrag, den die Stadt Neukölln (Rixdorf) bei dem Zweckverbande Groß-Berlin eingebracht hat. Leider scheinen der Verwirklichung dieses Planes begründete Zuständigkeitsbedenken entgegenzustehen, weil die Versicherung nicht in dem gesetzlich umschriebenen Aufgabenkreise des Zweckverbandes liegt. Nötigenfalls müßte daher die Gesetzgebung eingreifen, um die Zuständigkeit des Verbandes zu erweitern. Jedenfalls ist es von Interesse, den Vorschlag der Stadt Neukölln kennen zu lernen. Es werden folgende Maßnahmen angeregt:

1. Der Verband Groß-Berlin zahlt an Arbeitslose, die einer Arbeitslosenunterstützungskasse eines Berufsvereins von Arbeitern oder Angestellten angehören, einen Zuschuß zu den Unterstützungsbeiträgen, den sie von ihrer Kasse erhalten.

2. Er zahlt Zuschüsse zu den von den für Zeiten der Arbeitslosigkeit gesperrten Arbeiterspargutheben abgehobenen Beträgen und

3. begründet er eine Arbeitslosenversicherungskasse, zu deren Leistungen im Falle der Arbeitslosigkeit er einen Zuschuß gewährt. Die Kosten werden von dem Verbande getragen und auf die Mitglieder des Verbandes nach Maßgabe der Bevölkerungszahl und der Einkommensteuerkraft umgelegt.

Digitized by Google

Es wird beantragt, folgende Beschlüsse zu fassen: Die Groß-Berliner Arbeitslosenversicherungskasse hat den Zweck, Arbeitern und Angestellten beiderlei Geschlechts eine Versicherungsmöglichkeit für den Fall der Arbeitslosigkeit zu gewähren und Gelegenheit zu einer Zusatzversicherung zu einer bereits anderweitig eingegangenen Arbeitslosenversicherung zu geben. Als Mittel zur Erreichung dieses Zweckes stehen der Kasse zur Verfügung: die Beiträge der Versicherten, ein jährlicher Zuschuß von noch zu bestimmender Höhe, ein einmaliger Zuschuß als Reservefonds und einmalige oder dauernde Zuwendungen von Behörden, Vereinen und Privatpersonen, insbesondere Arbeitgebern. Außerdem stellt der Verband unentgeltlich Räume und Beamte für die Verwaltung der Kasse zur Verfügung, trägt die sächlichen Kosten und leistet den Arbeitslosen zu den ihnen zustehenden Kassenleistungen die städtischen Zuschüsse in Höhe von 50 % (Maximalbetrag: 1 M.). Aufnahmeberechtigt ist jeder Arbeiter oder Angestellte, der seit mindestens sechs Monaten im Verbandsgebiet wohnhaft ist, während der letzten beiden Jahre regelmäßig beschäftigt war und nicht als dauernd arbeitsunfähig befunden wird. Eine regelmäßige Beschäftigung wird bei invalidenversicherungspflichtigen Personen in keinem Falle anerkannt, wenn nicht während mindestens 48 Arbeitswochen im Jahre Beitragsmarken geklebt worden sind. Den Beitragsmarken wird die amtliche Bescheinigung einer Krankenkasse über Krankheit während der entsprechenden Zeiträume gleichgestellt. Jeder Versicherte hat wöchentlich einen Beitrag von 25 Pf. zu zahlen. Während einer länger als eine Woche dauernden Krankheit oder Arbeitslosigkeit, sowie während der gesetzlichen Reserve- und Landwehrübungen ist der Versicherte von der Beitragspflicht befreit. Jeder Versicherte, der der Kasse seit sechs Monaten angehört und mindestens 26 Beiträge gezahlt hat, erhält, wenn er während der Dauer der Versicherung ohne sein Verschulden arbeitslos wird, ein Tagegeld von 1 M. für jeden Werktag. Ein Versicherter, der zwei volle Rechnungsjahre hintereinander Tagegelder gar nicht oder für nicht mehr als zehn Tage insgesamt empfangen hat, hat in dem je darauffolgenden Jahre die Wochenbeiträge nur in Höhe von 15 Pf. zu entrichten. Die Kasse ist befugt, mit Vereinen oder Arbeitgebern Gesamtversicherungen für sämtliche Mitglieder eines bestimmten Personenkreises abzuschließen. Das Tagegeld wird den Arbeitslosen gewährt für die Zeit nach Ablauf einer Woche seit der Meldung der Arbeitslosigkeit auf dem Arbeitsnachweis. Das Tagegeld wird nicht gewährt in den Fällen der Arbeitslosigkeit die durch Krankheit, Schwangerschaft, Entbindung, Unfall, Invalidität, Streiks und Aussperrungen verursacht werden. Die Gewährung des Tagegeldes hört auf, wenn der Arbeitslose wieder in Arbeit tritt, wenn ihm passende Arbeit nachgewiesen wird, er diese aber ablehnt, und wenn das Tagegeld für dieselbe Person innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten bereits für 60 Tage bezahlt worden ist.

Ueber die Verpflichtung zur Annahme entfernter Arbeitsstellen ist folgender Beschluß in Vorschlag gebracht: Arbeitsstellen in Nachbargemeinden, für deren Erreichung kein größerer Aufwand an Straßenbahn- und Stadtbahngeldern als der übliche erforderlich ist, müssen ebenso angenommen werden wie Arbeitsstellen im Wohnort des Arbeitslosen. Für Arbeitsstellen außerhalb dieses Bereiches besteht eine Verpflichtung zur Annahme nur, wenn gleichzeitig eine angemessene Entschädigung gewährt wird. Unter dieser Voraussetzung sind alleinstehende Arbeiter zur Annahme verpflichtet und können von dieser Verpflichtung nur befreit werden, wenn sie hierfür wichtige Gründe beibringen. Umgekehrt sind Arbeiter mit Familienanhang in der Regel zur Annahme solcher Stellen nicht verpflichtet, es sei denn, daß nach Lage des Falles ihre Weigerung für unberechtigt erklärt werden muß. Das Tagegeld wird nur für die Tage gewährt, an denen sich der Arbeitslose auf dem Arbeitsnachweis persönlich in den hierfür vorgeschriebenen Zeiten gemeldet oder sein Ausbleiben mit zureichenden Gründen entschuldigt hat. Ein Versicherter, der die Kasse, insbesondere durch wissentlich falsche Angaben geschädigt hat, kann seiner Bezüge verlustig erklärt werden. Dem Versicherten steht ein klagbarer Anspruch nicht zu, jedoch hat er, wenn er mit einem Antrage abgewiesen wird, das Recht der Beschwerde, die innerhalb einer Woche anzubringen ist.

Bei der Errichtung einer Arbeitslosenversicherungskasse für Groß-Berlin können die Erfahrungen auswärtiger Institute (Arbeitslosenversicherungskassen in Bern, Köln, Leipzig usw.) deshalb nicht herangezogen werden, weil das gewerbliche Leben, die Arbeitsverhältnisse und demgemäß das Versicherungsbedürfnis und die Risiken in den einzelnen Städten durchaus verschieden sind. In Groß-Berlin dürften für das erste Geschäftsjahr der Groß-Berliner Arbeitslosenversicherung in Ansatz gebracht werden müssen als laufende Ausgabe: Zuschuß der Selbstversicherung der organisierten Arbeiter 900000 M., Zuschuß zu Entnahmen von gesperrten Sparguthaben 10000 M. und Zuschuß zu den von der Arbeitslosenversicherungskasse ausgezahlten Beträgen 50000 M., insgesamt 960000 M. Als einmalige Ausgabe zur Errichtung der Kasse sind 400000 M. angesetzt. Durch das statistische Amt hat der Magistrat Neuköllns dem Antrage an den Zweckverband noch eine Uebersicht über die Verteilung der Lasten einer Groß-Berliner Arbeitslosenversicherung nach Unterlagen aus dem Jahre 1911 beigefügt.

(Kl.) 20. Hauptversammlung des Verbandes Deutscher Ortskrankenkassen.

Die diesjährige Versammlung des Hauptverbandes Deutscher Ortskrankenkassen fand in den Tagen vom 17. bis 20. August in Breslau statt. Anwesend waren 420 Vertreter der Versicherten, 272 der Arbeitgeber und 176 Kassenbeamte, die von 450 einzelne Ortskrankenkassen und 24 Kassenverbände mit etwa 4½ Millionen Mitgliedern geschickt waren. Außerdem waren vertreten der Verband der Bureauangestellten, der Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, die Stadt Breslau und die Verbände österreichischer und dänischer Krankenkassen. Das Reichsversicherungsamt hat sich mit Arbeitsüberlastung entschuldigt.

Am Sonntag den 17. August vormittag 11 Uhr fand im großen Saale der neuen Börse eine Vorversammlung statt. Als Vorsitzende wurden gewählt Fräßdorf-Dresden und die Arbeitgebervertreter Klemann-Breslau und Laukner-Dresden, als Schriftführer Hof-Karlsruhe, Leichsenring-Straßburg, Eichstädt-Weimar und Magnan-Berlin. Hierauf wurde die Tagesordnung endgültig festgesetzt und zwar wie folgt:

1. Bericht der geschäftsführenden Kasse; 2. Wohnungsfrage und Krankenversicherung; 3. Neue Gegner der Sozialversicherung. An den weiteren Verhandlungstagen stehen zur Beratung die Punkte: 4. Stand der neuen Organisation der Krankenkassen und deren Verhältnis zu Aerzten und Apotheken; 5. Das Recht der Kassenvereinigungen und die Aufwendung von Kassenmitteln hierzu; 6. Eingabe an den Bundesrat wegen Ausführung der §§ 517 und 518 RVO. (das Verhältnis der Ortskrankenkassen zu den Ersatzkassen); 7. Verhandlungen mit deutschen und österreichischen Badeverwaltungen wegen der Benutzung von Kurbädern für die dem Hauptverband angehörenden Ortskrankenkassen; 8. Hinweis auf die Rezeptrevisionen für Ortskrankenkassen; 9. Praktische Verwaltungsfragen (bei diesem Punkt wird

Digitized by Google

Kassenvorsitzender Gräf-Frankfurt a. M. über das Verhältnis der Krankenkassen zu den Berufsgenossenschaften bei Uebernahme von Heilverfahren sprechen, auch sollen Beamtenfragen erörtert werden); 10. Revision der Satzungen des Hauptverbandes.

Die Hauptversammlung am Montag den 18. August fand im „Schießwerder" statt. Fräßdorf eröffnete sie Vormittag 9 Uhr mit begrüßenden Worten. Der Verbandsvorstand habe im abgelaufenen und voraussichtlich auch im kommenden Jahr viel Arbeit. Sie werde von allen Vorstandsmitgliedern umsonst geleistet. Er müsse die Verdächtigung zurückweisen, daß diese persönliche Vorteile hätten. Im Hauptverbande sei jede parteipolitische Tätigkeit ausgeschlossen; es werde nur der Ausbau der sozialen Einrichtungen zugunsten der Kassenmitglieder angestrebt. Wenn wir im Hauptverband so wie bisher weiterarbeiten, erfüllen wir eine nationale Pflicht.

Nach Begrüßungsansprachen des Stadtrats Mark-Breslau, Prof. Gonser und der ausländischen Gäste erstattet Verbandsdirektor Hesse-Dresden den Bericht der geschäftsführenden Kasse. Derselbe liegt wiederum in einem stattlichen Buche auch gedruckt vor. Der Bericht schildert die Tätigkeit der Provinzial-Kassenverbände, registriert alle für die Kassen wichtigen sozialpolitischen Ereignisse, gibt wichtiges Material über die Arztfrage, die Literatur zur Reichsversicherungsordnung usw. Nahezu alle Ortskrankenkassen von Bedeutung gehören dem Verbande an, nicht minder die Provinzialverbände aller Bundesstaaten. Die Einnahmen des Verbandes betrugen inkl. des alten Bestandes 21160 M. In den angeschlossenen Kassen sind rund fünf Millionen Personen versichert. Hesse beschränkt sich auf einige Erläuterungen zu dem Bericht.

Hierauf spricht Dr. Altenrath-Charlottenburg, Abteilungsvorsteher der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, über die Wohnungsfrage, die Wohnungsgesetzgebung und die Mitwirkung der Krankenkassen bei der Reformarbeit. Die Hauptmängel im Wohnungswesen bestehen in der wachsenden Preissteigerung der Wohnungen, der Zusammendrängung der Behausungen und in dem Zustand der Wohnungen selbst. Das Bauordnungswesen bedarf einer gründlichen Reform, die mit einer die Grundfragen regelnden Landesbauordnung begonnen und durch Revision aller Bezirks- und Ortsbauordnungen zu Ende geführt werden muß. Der preußische Gesetzentwurf über das Wohnungswesen strebe zwar eine Verringerung der Wohndichtigkeit an, gehe aber nur sehr zaghaft an die Frage heran. Den Regierungspräsidenten ist in Form eines Bezirkswohnungsamtes oder einer Abteilung für Wohnungs- und Siedlungswesen ein Spezialorgan zur Verfügung zu stellen, dem die Stadtbauräte bezw. die Wohnungsinspektoren usw. als ständige Mitglieder angehören und dem ein Beirat von Sachverständigen angegliedert werden müßte. Von dieser Stelle aus wären die Bauordnungen und Baupläne zu bearbeiten und vor allem eine planmäßige Siedelungspolitik auf dem Gebiete der Eingemeindung, der Zweckverbände, der gemeinnützigen Bauverbände, der Geländeaufschließung und des Ausgleichs der Schul- und Armenlasten zu betreiben. Als Zentralpunkt dieser Organisationen müßte ein Landeswohnungsamt geschaffen werden. Der preußische Wohnungsgesetzentwurf bedarf auch eine Erweiterung nach der Richtung, daß der obligatorische Inhalt der Wohnungsordnungen näher bezeichnet und allenthalben eine fachmännische Wohnungsaufsicht verlangt wird. Die Organe der Krankenkassen könnten in den Wohnungskommissionen und durch Beteiligung an der Wohnungsaufsicht mitwirken. Auch auf dem Gebiete des Kreditwesens können die Krankenkassen durch die Beleihung gemeinnütziger Bauunternehmungen in die Wohnungsreform eingreifen.

In der Diskussion erklärt Albert Kohn-Berlin, der preußische Wohnungsgesetzentwurf entspreche unter keinen Umständen den berechtigten Anforderungen der Kassen. Die Gewährung von Teilhypotheken zu normalen Zinsfuß an gemeinnützige Bauunternehmungen sei zu empfehlen, nur dürften die Krankenkassen nicht ihren ganzen Reservefonds in dieser Weise anlegen. Die Mitwirkung von Arbeiterkontrolleuren bei der Wohnungsaufsicht kann nach dem 1. Januar 1914 in erweitertem Maße stattfinden. Eine gesunde Wohnung ist die beste Gewähr für die Verhütung einer Reihe von Krankheiten. Auch Fräßdorf-Dresden empfiehlt die Hergabe von Geldern an die Baugenossenschaften. Hierauf nimmt der Kongreß einstimmig folgende Resolution an:

„Die Hauptversammlung lenkt erneut das Augenmerk der Krankenkassen auf die Wohnungsfrage. Auch heute schon können sich die Krankenkassen an dem Kampfe um die gesunde Wohnung beteiligen. Insbesondere sollen sie ihre Kontrollbeamten anweisen, die Wohnungen der Kranken zu beachten und ihre Mängel den Vorständen zu berichten, damit diese die für die Abhilfe erforderlichen Schritte unternehmen können. Auch sollen die Krankenkassen den Bau von Kleinwohnungen durch Gewährung von sicheren Hypothekendarlehen, auch in Form von Sammelhypotheken, fördern."

Alsdann spricht Rud. Wissel-Berlin über „Neue Gegner der Sozialversicherung." Es mag sein, so führt er aus, daß die Aufwendungen für die Sozialversicherung gestiegen sind und daß diese Ausgaben von kleinen und auch mittleren Arbeitgebern nicht selten hart empfunden werden. Doch handelt es sich bei diesen Lasten um Geschäftsunkosten, die gering gegenüber den anderen Produktionsunkosten sind. Die Unkosten müssen auch von allen Unternehmern getragen werden und führen so für den einzelnen nicht zur Konkurrenzunfähigkeit. Es ist auch nur richtig, daß die Unternehmer zur Gesunderhaltung der Arbeiter beisteuern. Redner geht sodann auf das Buch des Professors Bernhard „Unerwünschte Folgen der Sozialpolitik", ein, und bezeichnet es als ein Machwerk schlimmster Art. Bernhard behauptet, die Verletzten seien von einer Prozeßsucht ergriffen, dabei gehen die Prozesse der Verletzten ständig zurück, die der Berufsgenossenschaften aber nehmen fortgesetzt zu. Die Zahl der Anträge der Berufsgenossenschaften an die Oberversicherungsämter auf Kürzung oder Aufhebung länger bestehender Renten haben eine gewaltige Höhe erreicht. Es sei notwendig, daß auch die Krankenkassen Stellung zu diesen Fragen nehmen. Die erhobenen Vorwürfe sind gegen alle gerichtet, die den Ausbau der Sozialreform wünschen. Deshalb müssen auch diese alle ihre Stimme erheben und sagen: Vorwärts immer, rückwärts nimmer!

In der Debatte spricht zunächst Dr. Mayer-Frankental seine Freude darüber aus, daß die Sozialversicherung hier so eine Verteidigung gefunden habe. Die 9 Milliarden Unterstützungen der Versicherung an die Versicherten seien in die Kanäle von Industrie und Handel zurückgeflossen. Die Gelder haben die Kaufkraft der Arbeiter auch während der Arbeitsunfähigkeit erhalten. Zu den Leuten, die die Weiterentwicklung der Sozialversicherung hemmen wollen, gehören auch die Aerzte, die im Leipziger Verband organisiert sind. Ihnen steht das eigene persönliche Interesse höher als das der Allgemeinheit. Eduard Gräf-Frankfurt a. M. weist darauf hin, daß der Staat alles Interesse hat, den Ausbau der Krankenversicherung zu fördern, denn sie nehme ihn viele Lasten ab. Die Gemeinden haben die gleichen Vorteile. Die Aerzte sollten sich über die Krankenkassen freuen. Nur 50 Proz. der Ausgaben der Kassen fließen an die

Digitized by Google

Versicherten. Ohne die festen Honorare der Krankenkassen ist heute der Aerztestand nicht denkbar. Diese Anschauungen haben auch einsichtige Unternehmer, denn viele von ihnen sind bei der gegenwärtigen Umarbeitung der Kassensatzungen für den Ausbau der Leistungen eingetreten. Allerdings gebe es bis in die höchsten Stellen noch Herren, die noch heute nach 30 Jahren nichts von den Versicherungsgesetzen verstehen. Bei den bevorstehenden Wahlen sollen die Ortskrankenkassen zeigen, daß sie der neutrale Boden sind, auf dem alle Beteiligten gemeinsam arbeiten können. Folgende Resolution wird hierauf einmütig angenommen:

„Die Jahresversammlung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, e. V., erkennt den großen Wert an, den die deutsche Arbeiterversicherung mit der Hebung der Volksgesundheit für das deutsche Wirtschaftsleben geleistet hat.

Die auf dem Gebiete der Hygiene, besonders von den Krankenkassen gegebenen Anregungen und Maßnahmen fürs Haus und Werkstatt haben nicht nur die Versicherten, sondern vielfach auch deren Angehörige in den Kreis der Fürsorge gezogen. Sie haben die ganze hygienische Kultur des deutschen Volkes auf ein wesentlich höheres Niveau gebracht. Die einzelnen Zweige der Arbeiterversicherung sind heute zu Hauptstützen aller auf Hebung der Volkshygiene gerichteten Bestrebungen geworden. Die Arbeiterversicherung hat immer mehr zu der Erkenntnis geführt, daß die Heilung der zumeist durch das Wirtschaftsleben geschlagenen Wunden und die Vorbeugung dieser Schäden keine die Arbeiterschaft allein angehende Angelegenheit, sondern Aufgabe und Angelegenheit der Gesamtheit ist.

Da mit der Entwicklung unseres Wirtschaftslebens immer höhere Ansprüche an die Leistungsfähigkeit des einzelnen gestellt werden und vielfach ein Mißverhältnis zwischen den geistigen Bedürfnissen und ihren Befriedigungsmöglichkeiten schafft, erscheint die Pflege der geistigen und körperlichen Gesundheit des Volkes als eine der wichtigsten Aufgaben, für die die Weiterentwicklung der Arbeiterversicherung ein unabweisbares Erfordernis ist.

Die Lasten der Arbeiterversicherung stellen sich als notwendige und reproduktive, sich sehr lohnende Spesen unserer Volkswirtschaft dar.

Die in neuerer Zeit hervorgetretenen Versuche, vereinzelte ungünstige Erscheinungen des Volkslebens der Arbeiterversicherung zur Last zu legen und dieser selbst moralisch und hygienisch unerwünschte Folgen derart anzudichten, daß die segensreichen Wirkungen der Sozialpolitik in Frage gestellt seien, sind Uebertreibungen schlimmster Art, und lediglich auf Voreingenommenheit oder mangelnde Objektivität zurückzuführen. Sie werden die Verwaltungen der Krankenkassen nicht davon abhalten, freudig ihre Mitarbeit für den weiteren Ausbau der Versicherung bereit zu stellen."

Die Sitzung am Dienstag, den 19. August begann mit einem Referat von Fräßdorf-Dresden Stand der neuen Organision der Krankenkassen und deren Verhältnisse zu den Aerzten. Er führte etwa aus: Es muß den Aerzten gegenüber unbedingt gesagt werden, was die Zeit gebietet. Gegenüber den unerfüllbaren Forderungen der Aerzte müssen die Krankenkassen aller Richtungen sich zusammenfinden, wie stets bei einer gemeinsamen Gefahr die Bedrängten zusammenstehen. Wir haben stets die Hand zum Frieden geboten. Auch im Reichsamt des Innern haben wir uns zu Verhandlungen bereit erklärt, aber die Aerzte haben sie zurückgewiesen. Die Regierung weiß, daß der Leipziger Verband die Schuld trägt.

Was die gegenwärtige Situation anbetrifft, so sei bei einer großen Zahl der Kassen die Arztfrage noch nicht gelöst. Bei vielen wird sie auch bis zum 1. Januar nicht gelöst werden. Manche Kassen befinden sich schon im Kampf. In Breslau und Düsseldorf hatten die Leipziger Verbandsärzte zunächst Unterhandlungen abgelehnt. Als sie aber sahen, daß es auch noch andere Aerzte gibt, waren sie zum Entgegenkommen bereit. Jedenfalls dürfen wir nicht zurückweichen. Der Leipziger Aerzteverband will die Sache möglichst bis zum Dezember verschleppen und dann die Kassen in eine Zwangslage bringen. So verlangen z. B. die Aerzte jetzt, daß erst die Satzungen der Kassen genehmigt sein müssen, ehe sie in Verhandlungen eintreten. Was geht den Aerzten die Genehmigung der Satzungen an? Wir müssen auf Beschleunigung der Verhandlungen hinwirken. Das Verhalten der Aerzte hat auch schon den Erlaß des Staatssekretärs Dr. Delbrück an die Verwaltungsbehörden zur Folge gehabt, wonach der § 370 RVO. jetzt schon angewendet werden kann. Das ist sehr wertvoll: hoffentlich werden die Versicherungsämter diesen Weisungen folgen. Nach einer Erhebung des Verbandes zahlen von den Verbandskassen zurzeit 117 direkt an die Aerzte, 72 an die lokale Aerzteorganisation. Bei 50 Kassen ist die ärztliche Behandlung auch für 1914 sicher gestellt, bei 25 ist das wahrscheinlich der Fall. Bei 110 Kassen ist die Weiterbehandlung für die Zukunft noch nicht sichergestellt; bei 73 Kassen sind Unterhandlungen noch im Gange.

Wir müssen prüfen, welche Forderungen der Aerzte annehmbar sind. Das Ergebnis ist aber ein recht negatives. Die Forderungen der Aerzte sind schon 1909 in Stuttgart aufgestellt worden. Wenn sie bewilligt werden, reichen die Kassenbeiträge kaum aus und für andere Dinge bleibt nichts übrig. Die Aerzte wollen Kollektivverträge. Sie wollen aber, daß die Verträge nur mit dem Leipziger Verband abgeschlossen werden; alle übrigen Aerzte, die diesem Verbande nicht angehören, würden damit ausgeschlossen werden. Das wäre Organisationszwang. Wenn eine Arbeitergewerkschaft, z. B. der Holzarbeiterverband, verlangen würde, daß nur mit ihm Verträge abgeschlossen werden dürfen, so würde das als eine unerhörte Forderung aufgefaßt werden. Die Vertragsentwürfe des Aerzteverbandes sind deshalb noch sehr einseitig, weil sie die Aerzte nicht einmal verpflichten, für die Kasse tätig zu sein. Es gibt eine große Zahl nobler und tüchtiger Aerzte, die wohl große Reden gegen die Krankenkassen halten, aber selbst für die Kassen nicht tätig sein wollen. Wir müssen bei den Zentralbehörden, welche die ärztliche Gebührentaxe aufstellen, darauf hinwirken, daß von der Erhöhung der Gebühren die Krankenkassen ausdrücklich ausgeschlossen bleiben, sonst bedeutet die Erhöhung der Gebühren das Signal zu neuen Forderungen der Aerzte. Der von den Aerzten verlangte Ausschluß der freiwilligen Mitglieder von der ärztlichen Behandlung sieht ja sehr verlockend aus. Es handelt sich dabei aber um viele Kleinmeister, Händler usw., die ebenso schlecht gestellt sind, wie die Arbeiter. Bei dem Stattgeben des Verlangens der Aerzte würden wir auch mit der Bezahlung des Krankengeldes in Schwierigkeiten geraten. Denn der Arzt würde wenig Interesse haben, diese Kranken wieder gesund zu schreiben, Mit der Nichtzulassung von Kurpfuschern könnten wir einverstanden sein, aber die Anwendung des § 370 RVO. kann dazu führen, daß wir uns auch darum kümmern müssen, welche andere Personen für die Krankenbehandlung für uns in Frage kommen können. Der Leipziger Verband verlangt, daß die ausländischen Aerzte ausgeschlossen werden, wir werden aber an die Regierung den Antrag stellen, daß auch Aerzte aus dem Ausland zugelassen werden, wenn eine Notlage besteht. Die Kassen müssen alle miteinander in Fühlung bleiben. Berechtigte Forderungen sind wir bereit zu erfüllen, aber willkürlichen können wir uns nicht unterwerfen. Wenn

Digitized by Google

der Leipziger Verband uns den Kampf aufdrängt, dann werden wir ihn aufnehmen und mit allen Kräften durchführen. Das gebietet uns unsere Pflicht und unsere Ehre! (Anhaltender Beifall.)

In der Debatte erklärten alle Redner ihrer Zustimmung zu den Ausführungen des Referenten. Dr. Halbach-Essen vom Verbande der Betriebskrankenkassen erklärte, daß in der Arztfrage die Krankenkassen aller Art sowie alle Versicherungsträger, auch Arbeitgeber und Arbeitnehmer aller Parteirichtungen darin einig seien, daß die Forderungen des Leipziger Aerzteverbandes abzulehnen sind. Bei dieser Einmütigkeit muß es sich sicher um eine dringende Gefahr handeln. In der Tat handelt es sich darum, ob die Krankenversicherung, der wichtigste Zweig der deutschen Krankenversicherung, ihre Aufgaben auch in Zukunft richtig durchführen kann. Knoblauch-Essen mahnt zur Vorsicht bei Abschlüssen mit den Zahnärzten. Wenn diese noch nicht so schroff vorgehen, so deshalb, weil sie die Konkurrenz der Dentisten noch sehr fürchten. Nachdem noch eine Anzahl Redner aus den verschiedensten Orten zur Arztfrage gesprochen, hält Fräßdorf ein Schlußwort. Er empfiehlt Abschluß der Arztverträge auf mindestens fünf Jahre. Auf einjährige Vertragsdauer sollten sich die Kassen nicht einlassen. Erfreulicherweise habe sich auch der Hansabund dahin ausgesprochen, daß die Forderungen der Aerzte abzulehnen seien. Hierauf wird folgende Resolution einstimmig angenommen:

„Die fortgesetzt steigenden Aerztekosten zeigen den guten Willen, den Aerzten zu gewähren, was ihnen für ihre Tätigkeit unter Würdigung ihrer sozialen Stellung gebührt. Mit der weiteren Entwicklung der Krankenversicherung soll und wird das Arzthonorar weiter steigen. Die immer wieder aufgestellte, aber niemals bewiesene Behauptung von unwürdiger Behandlung der Kassenärzte durch Kassenvorstände und Kassenführer gehört in das Gebiet maßloser Uebertreibungen. Die erforderliche Unabhängigkeit des Kassenarztes von den Kassenorganen wird durch das Arztsystem nicht beeinflußt. Die Verhältnisse zwischen Krankenkassen und Aerzten sind auf dem Boden der Gleichberechtigung im Wege friedlicher Besprechung zu regeln. Kollektivverträge sind nur dann unbedenklich, wenn dadurch nicht eine Monopolisierung zugunsten einer Aerzteorganisation bezweckt und erreicht wird. Auch in solchen Fällen ist ein besonderer Vertrag zwischen den Kassen und dem einzelnen Arzte zu schließen; auch ist das Honorar jedem einzelnen Arzte von der Kasse zu überweisen. Zur Vereinbarung allgemeiner Grundsätze für das ganze Reich mit den Aerzteverbänden ist der Hauptverband nach wie vor bereit. Das Verlangen eines Arztverbandes, nur mit ihm zu verhandeln, verletzt nicht nur die Interessen der Kassen, sondern auch die der jetzigen Kassenärzte. Nach Feststellung allgemeiner Grundsätze kann unbedenklich eine erhöhte Zahl von Kassenärzten zugelassen werden. Eine Verpflichtung zur Einführung der freien Arztwahl würde der Selbstverwaltung widersprechen, wäre aber auch für absehbare Zeit mit den Interessen vieler Kassen wie der Mehrheit der Kassenärzte unvereinbar. Wo die freie Arztwahl möglich oder unbedenklich ist, ist die Entschließung darüber den Kassenorganen nach Verständigung untereinander und nach Verhandlung mit den Kassenärzten zu überlassen. Das Wesen der Kassenpraxis schließt ein Arzthonorar nach Einzelleistung aus. Es gibt da unzählige zusammengedrängte kleine ärztliche Leistungen, die in der Privatpraxis überhaupt nicht vorkommen und unmöglich nach den Mindestsätzen der Gebührenordnungen honoriert werden können. Wie der Privatpatient ein Zuviel der ärztlichen Leistungen ablehnt, so muß das bei den Krankenkassen um so mehr möglich sein, als mit der übermäßigen ärztlichen Behandlung in der Regel überflüssige Ausgaben für Heilmittel und an Krankengeld verbunden sind. Zur Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Kassen und um die vom Gesetz vorgeschriebenen Haushaltspläne aufstellen zu können, ist da, wo feste Besoldung der Kassenärzte nicht vereinbart ist, die Pauschalierung der Aerztekosten nach der Kopfzahl der Mitglieder oder nach den Krankheitsfällen unbedingt erforderlich. Höhere Arzthonorare für Behandlung der Mitglieder mit höherem Einkommen sind mit der auf Gegenseitigkeit beruhenden Krankenversicherung unvereinbar und wären auch höchst ungerecht, weil das Bestehen der Krankenkassen von jeher nur durch die höheren Beitragsklassen gesichert wurde. Das Verlangen des Leipziger Aerzteverbandes auf Ausschluß freiwilliger oder weitersteuernder Mitglieder vom Bezug freier ärztlicher Behandlung oder auf höhere Bezahlung dafür ist ungerecht, unsozial und ungesetzlich. Der Anspruch aller Kassenmitglieder auf freie ärztliche Behandlung ist ein Vorteil für die Aerzteschaft. In den zu erwartenden Kämpfen mit dem Leipziger Verband werden die Vertreter der Ortskrankenkassen, Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Beamten mit allem Nachdruck und aller Ausdauer die ungerechtfertigten und unerfüllbaren Forderungen an die Kassen bekämpfen und nur solche anerkennen, welche die Krankenkassen nicht gefährden. Soweit irgend möglich, soll dies ohne Schaden für die kranken Mitglieder geschehen. Die Arbeitgeber wie die Versicherten sind von den Kassenvertretern mündlich und durch die Presse von der unnachweisbaren Notwendigkeit des Widerstandes zu unterrichten. Die wirtschaftlichen Organisationen der Arbeitgeber wie der Arbeiter, ohne Unterschied ihrer politischen und wirtschaftlichen Anschauungen, sind im eigenen Interesse zum Schutze der Kassen aufzurufen. Es ist ihnen mitzuteilen, daß die Annahme der Leipziger Forderungen die Kassenbeiträge ins Ungemessene, weit über die gesetzliche Grenze hinaus, steigern müßte. Von der Reichsregierung und den Bundesregierungen wird erwartet, daß sie den Krankenkassen denjenigen Schutz angedeihen lassen, den sie als soziale Institute fordern dürfen. Durch die Reichsgesetzgebung müssen unverzüglich Maßnahmen getroffen werden, nach denen die Kassen imstande sind Forderungen zurückzuweisen, die mit dem Zwecke der deutschen Krankenversicherung unvereinbar sind. Ueber den einseitigen Interessen einer Aerzteorganisation steht das Gemeinwohl!"

Der nächste Punkt der Tagesordnung ist das Verhältnis der Krankenkassen zu den Apotheken. Apotheker Staller-Charlottenburg begründet folgende Leitsätze:

1. Ein festgesetzter Zwangsrezeptrabatt von 10 % entspricht keineswegs den gerechten Forderungen der Kassen, um so weniger, als durch das neue Krankenkassengesetz eine enorme Zahl von Konsumenten, die früher nicht zur Kundschaft der Apotheken gehörten, hinzugefügt werden. 2. Die geplante Erhöhung der Reichsarzneitaxe ist auf das entschiedenste zu bekämpfen, da dadurch der Rezepturrabatt ev. ganz illusorisch gemacht wird. 3. Das Reichsgesundheitsamt möge dem Ortskrankenkassenverband überlassen, zu den Beratungen über die Arzneitaxe geeignete Sachverständige selbst zu ernennen und es möge die Beratungen der Oeffentlichkeit zugänglich machen. 4. Bei den von den obersten Verwaltungsbehörden herausgegebenen Taxen mögen die Kassen, wie bisher, in der ihnen im Gesetz gewährleisteten Art, tatkräftig mitarbeiten. Bei Festsetzung der Preise ist zu unterscheiden zwischen Mitteln freien Verkehrs und denjenigen, die zum Apothekenmonopol gehören. Bei den ersteren sind die in Drogenhandlungen üblichen Preise, bei den anderen besonders die Preise festzusetzen, die für das Privatpublikum berechnet zu werden pflegen. 5. Verträge mit Apotheken sind nur

Digitized by Google

dann empfehlenswert, wenn durch freie Vereinbarung Arzneibedingungen erzielt werden, die gegenüber den im Gesetz vorgeschriebenen Preisnachlässen einen wirklichen Vorteil für die Krankenkassen bieten. 6. Die Krankenkassen sollen unter keinen Umständen Verpflichtungen eingehen, den Gesamtbedarf an Arzneimitteln nur aus Apotheken zu entnehmen.

Der Kongreß stimmt dieser Resolution ebenfalls einstimmig zu. Sodann wird über das Vereinigungs- und Versammlungsrecht der Krankenkassen verhandelt. Referent ist Justizrat Dr. Mayer-Frankenthal. Er weist darauf hin, daß die Krankenkassen mächtigen Verbänden der Aerzte, Apotheker usw. gegenüberstehen. Hieraus erwachse auch für die Kassen die Notwendigkeit, sich zusammenzuschließen. Aber auch die gegenseitige Aufklärung, die Sammlung und Verwertung der Erfahrungen, der Verkehr zwischen Kassen und Behörden führe zur Organisation der Kassen. Die einzelnen Verbände sollen sich auch nicht zum Schaden ihrer gemeinsamen Aufgaben einander bekämpfen. Die Verbände sollten vielmehr Arbeitsgemeinschaften bilden, wie sie gegenwärtig unter den fünf großen Kassenverbänden in bezug auf die Arztfrage bestehen. Die Verbände sollten auch nicht die Sprache der politischen Gehässigkeit und Unduldsamkeit führen. Von diesem Standpunkt aus ist die Ende 1911 erfolgte Gründung des Gesamtverbandes Deutscher Krankenkassen zu bedauern, nach dessen Programm alle bürgerlichen Parteien und Richtungen auf dem Gebiete der Krankenfürsorge gemeinsam arbeiten sollen. So wenig wie die Krankenkassen ausschließlich sozialistischen, ebensowenig dürften sie ausschließlich bürgerlichen Richtungen angehören. Das Koalitionsrecht der Krankenkassen kann aber nur mit der Koalitionsfreiheit gedeihen. Den Kassen sollten doch nicht kleinliche und politischen Gründen entspringende Hindernisse in der Vereinigungsfreiheit bereitet werden. Es sei doch ein widerspruchvolles Verhalten, wenn man auf der einen Seite die Verbände zu Beratungen in den obersten Reichs- und Landesbehörden einlade, weil man sie dazu nötig habe, damit also ihre Berechtigung und Zweckmäßigkeit anerkenne, dabei ihnen auch auferlege, die Kosten der Abordnungen selber zu tragen, auf der anderen Seite aber schon wieder Rechtsauslegungen ausklügle, die die Verwendung von Kassenmitteln für die Zwecke des Zusammenschlusses beschränken sollen. Die Behörden sollten auch gegenüber den unteren Verbänden neutral bleiben.

Hierauf gibt der Redner eine Darstellung der Grundlagen des Vereinigungs- und Versammlungsrechtes der Krankenkassen. Er weist insbesondere aus der Entstehungsgeschichte und dem Wortlaut der §§ 363 und 414 RVO. unter Zurückweisung der entgegengesetzten Meinungen Hoffmanns und Hahns in ihren Kommentaren nach, daß die Verwendung von Kassenmitteln für die Teilnahme der Krankenkassen an ihren Kassenvereinigungen — § 414 RVO. — nicht an die Zustimmung der obersten Verwaltungsbehörden der Einzelstaaten im Sinne des § 363 RVO. gebunden ist. Der Redner wendet sich dann mit aller Entschiedenheit gegen die Verordnung des badischen Ministeriums des Innern vom 9. Juli 1913, die für den Besuch von Versammlungen den Versicherten geringere Vergütung und eine niedrigere Wagenklasse gewähre als den Arbeitgebern. Diese Verordnung sei leider frei von einer gleich gerechten Auffassung der Wirklichkeit und eine Gefahr der weiteren Zerklüftung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Der Referent behandelt hierauf die gesetzlich erlaubten Mittel, die Bewegungsfreiheit der Krankenkassen sicherzustellen. Er empfiehlt 1. die Bildung von Versammlungskassen, in die die Mitglieder der Vorstände und Ausschüsse ihre satzungsmäßigen Vergütungen freiwillig ganz oder teilweise einwerfen, und 2. die Uebernahme der Kosten der Abordnungen zu den Verbandsversammlungen auf den Verband selber, der dann höhere Beiträge erheben soll. So gäbe es auch nach der Reichsversicherungsordnung Wege, behördlichen Polizeigeist gegenüber den Krankenkassen zu bekämpfen. Deren Organe hätten ehrenamtlich Großes für die Entwicklung der Kronkenversicherung, der stärksten Säule deutscher Volkswohlfahrt, geleistet und leisteten gerade jetzt zusammen mit den Behörden für die Einführung des neuen Rechtes eine Riesenarbeit. Wir wollen keinen Dank und keine Anerkennung, wir wollen aber als Lohn ein freies Koalitionsrecht; denn nur auf dem Boden maßvoller Freiheit der Selbstverwaltung kann die Krankenversicherung gedeihen.

Der Referent unterbreitet hierauf folgende Anträge:

„Die Versammlung möge den Vorstand beauftragen, 1. durch begründete Eingaben an das Reichsamt des Innern und alle Bundesregierungen die Auffassung zu vertreten, daß die Abordnung von Vertretern der Krankenkassen zu Versammlungen der Kassenvereinigungen, deren Mitglieder sie sind, nicht dem Verordnungsrechte der obersten Verwaltungsbehörden nach § 363, 2 RVO. unterstellt ist. 2. Falls Verordnungen im entgegengesetzten Sinne ergehen sollten, die Nachprüfung ihrer Rechtsgültigkeit in bestimmten Streitfällen zu betreiben. 3. Alle Bundesregierungen zu ersuchen, die nach § 363, 2 RVO. zu erlassenden Verordnungen darauf zu beschränken, daß die Auswahl der zu besuchenden Versammlungen und die Zahl der Abgeordneten dem pflichtgemäßen, schon durch das Gesetz beschränktem Ermessen der Kassenvorstände überlassen bleibt."

Gräf-Frankfurt a. M. bittet um Annahme des Antrages, damit Einspruch gegen die Eingriffe in die Selbstverwaltung der Kassen erhoben werde. Nachdem noch mehrere Redner in gleichem Sinne gesprochen hatten, wurde der Antrag einstimmig angenommen.

In der Sitzung am Mittwoch den 20. August sprach zunächst Eichstädt-Weimar über das Verhältnis der Ortskrankenkassen zu den Hilfskassen. Er schilderte zunächst die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen. Das Wichtigste ist, daß die Unternehmer für Ersatzkassen den eigenen Beitragsanteil an die zuständige Zwangskasse einzuzahlen haben. Das soll die seither oft bevorzugte Beschäftigung von Hilfskassenmitgliedern verhindern.

Die Reichsversicherungsordnung sieht aber im § 518 vor, daß unter gewissen Voraussetzungen der Bundesrat auf Antrag der Ersatzkasse widerruflich anordnen kann, daß die Beitragsanteile der Arbeitgeber von den Krankenkassen zu vier Fünfteln an die Ersatzkassen wieder abzuführen sind, so daß nur ein Fünftel dieser Beiträge den Krankenkassen verbleibt, wodurch die Krankenkassen ganz erheblich geschädigt werden, weil die umfangreiche Arbeit in der Verwaltung durch das übrigbleibende Fünftel der Beitragsanteile der Arbeitgeber keinesfalls entschädigt wird.

Daß die Ersatzkassen mit der Abführung der vier Fünftel der Beitragsanteile der Arbeitgeber von den Krankenkassen rechnen, geht aus einem Beschluß der Ersatzkasse der deutschen Kaufleute vom 20. Juli d. J. hervor, der den so erlangten Arbeitgeberbeitrag den Ersatzkassenmitgliedern auf ihre Mitgliedsbeiträge gutschreiben will, eine Maßnahme, deren Wirkung vom Gesetzgeber nicht gewollt ist und die nur den Schaden derjenigen Krankenkassen herbeiführt, denen der Beitragsanteil der Arbeitgeber zugedacht ist.

Der Bundesrat hat es in der Hand, diese schweren finanziellen Schäden der Krankenkassen abzuwenden, wenn er von dem ihm übertragenen Rechte aus § 518 RVO. keinen Gebrauch macht.

Digitized by Google

Nach einer kurzen Diskussion hierüber, an der sich Fräßdorf, Zoller-Köln und Gräf-Frankfurt beteiligten, wird den Ausführungen des Referenten zugestimmt und beschlossen an den Bundesrat das Gesuch zu richten, daß er von einer Anordnung nach § 518 RVO. absehen möge.

Albert Kohn-Berlin sprach hierauf über die Beziehungen der Krankenkassen zu den Kurbädern. Verschiedene Badeorte Deutschlands und Oesterreichs, so führte er aus, besitzen in ihren Heilquellen Kurmittel, die durch keinerlei andere Heilfaktoren ersetzt werden können. Trotzdem ist die Zahl der von den Krankenkassen überwiesenen Kranken bisher eine außerordentlich geringe. Der Grund dafür ist hauptsächlich in den großen Kosten zu erblicken, die mit dem Kuraufenthalt, besonders an den bedeutenden Badeplätzen, verbunden sind. Die Versuche der Krankenkassen, für ihre Mitglieder Vorzugspreise zu erlangen, scheitern bei einer Reihe von Kurdirektionen daran, daß denselben an dem Zuzug von Kassenpatienten nichts gelegen ist und daß sogar einige darauf bedacht sind, Kassenkranke fernzuhalten. Von anderen Direktionen werden wohl Preisermäßigungen eingeräumt, damit aber Beschränkungen verbunden, die auf die Kranken niederdrückend wirken müssen. Wir zählen darunter in erster Linie die Vorschrift besonderer Badezeiten, das Verbot des Besuches der Kurkonzerte usw. Für die Krankenkassen bleibt deshalb zu erwägen, ob nicht angebracht sein wird, mit den Verwaltungen kleinerer Bäder, deren Heilkraft häufig nicht hinter derjenigen bedeutenderer Plätze zurücksteht, in Verbindung zu treten, um ihren Kranken die Vorzüge einer Badekur zuzuführen. Im Interesse einer besseren Kontrolle wie einer leichteren Geschäftsführung wird es dabei nötig sein, daß die Preise für Kur und Verpflegung vereinbart werden.

Diese Darlegungen fanden einmütige Zustimmung.

Ueber „praktische Verwaltungsfragen" spricht sodann Gräf-Frankfurt a. M. Er bespricht hauptsächlich die Beziehungen der Krankenkassen zu den Berufsgenossenschaften. Es habe die Hoffnung bestanden, daß durch die Neuregelung der Uebernahme der Heilverfahren durch die Berufsgenossenschaften während der Wartezeit die Krankenkassen entlastet werden, das sei aber nicht eingetreten. Mitunter wollten sich die Berufsgenossenschaften sogar noch auf Kosten der Kassen bereichern. Die Genossenschaften übernehmen vorzugsweise leichte Fälle. Die Kassen sollten alle Vorkommnisse sammeln, um sie bei späteren Beratungen zu verwenden. — In der Diskussion sprechen hierzu noch Fräßdorf, Simanowski-Berlin, Warnst-Berlin.

Nachdem Dr. Langmann-Oranienburg und Apotheker Koffka-Wilmersdorf über Rezeptrevisionen gesprochen, macht Cohn-Berlin darauf aufmerksam, daß nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung Kassenmittel zu allgemeinen Zwecken benutzt werden dürfen. Er bittet, davon Gebrauch zu machen. Es könnten Vorträge gehalten, Broschüren und Merkblätter usw. herausgegeben werden. Reichstagsabgeordneter Giebel-Berlin, der Vorsitzende des Verbandes der Bureauangestellten, wies darauf hin, daß die Aufstellung der Dienstordnungen nicht so glatt gehe, wie zu erwarten sei. Es mache sich mancher Widerspruch der Aufsichtsbehörden bemerkbar. Es sei notwendig, daß auch hier der Widerstand der Kassen organisiert und geltend gemacht wird. Der Redner trägt noch eine Reihe Wünsche der Beamten vor.

Fräßdorf-Dresden betonte, es sei Pflicht der Kassen, die tariflichen Vereinbarungen durchzuführen. Er wandte sich dann gegen die Bestrebungen des „nationalen" Bundes deutscher Krankenkassenbeamten. Dieser habe Grundzüge für eine Dienstordnung aufgestellt, wie diese nicht sein soll. Die aufgestellten Bestimmungen seien geeignet, die Selbstverwaltung der Kassen völlig aufzuheben.

Auch Eichstädt-Weimar wendet sich gegen diesen Bund. Derselbe habe den Behörden Mitteilungen zugehen lassen, die nicht der Wahrheit entsprechen. Die Leute sollten doch nicht mit unreinen Mitteln arbeiten.

Es wurde sodann eine Reihe Abänderungen der Satzungen des Hauptverbandes vorgenommen. Die wichtigste ist die Beitragserhöhung. Jede Kasse hat künftig als Beitrag jährlich für jedes Mitglied 1/3 Pf., mindestens aber 10 M. zu bezahlen. Es soll ein Sekretär für den Hauptverband angestellt werden.

Als nächster Tagungsort wurde Darmstadt bestimmt.

Damit waren die Arbeiten der Hauptversammlung beendet. Vorsitzender Fräßdorf schloß sie mit einem kurzen Rückblick auf die Verhandlungen, indem er als besonders erfreulich hervorhob, daß alle Beschlüsse einstimmig gefaßt wurden.

Literarisches.

Zusammenwirken der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiete der ersten Hilfe. Ein Vortrag des Präsidenten des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann. Berlin 1913 bei Franz Vahlen. Preis 80 Pf.

Mit dankenswertem Eifer ist der Präsident der höchsten Versicherungsbehörde des Reichs bemüht, das Verständnis für den Gedanken zu fördern, daß es eine noch wichtigere Aufgabe unserer Sozialversicherung ist, Schäden zu verhüten und Schadenfolgen möglichst zu beschränken, als Schäden auszugleichen. Wiederholt hat er in dieser Richtung fruchtbringende Anregungen gegeben. Dem gleichen Zwecke dient die kleine, treffliche, in klarer und eindringlicher Sprache geschriebene Schrift, der Abdruck eines Vortrags, den der Verfasser auf der Konferenz der deutschen Landesvereine vom Roten Kreuz, im Mai d. J. in München, gehalten hat. Zunächst wird ein allgemeiner Ueberblick über die Entwicklung und die Erfolge des Zusamenwirkens der Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz gegeben. Es wird dargelegt, daß, soweit Schadenfälle sich nicht verhüten lassen, zur möglichsten Beschränkung ihrer Folgen vor allem auch erforderlich ist, daß dem Verletzten unverzüglich sachgemäße erste Hilfe zuteil werde, denn die erste Versorgung des Verletzten an der Unfallstelle bis zum Eingreifen des Arztes, namentlich auch die sachgemäße Beförderung des Verletzten zum Arzte, sei oft von entscheidender Bedeutung für den Verlauf der Heilung. Es werde daher angestrebt, daß in den gewerblichen Betrieben, auch den mittleren und kleinen, eine genügende Zahl ausgebildeter Helfer auf der Betriebsstätte selbst vorhanden ist, die bis zum Einsetzen der ärztlichen Fürsorge alsbald eintreten können. Die diesem Zwecke dienende Organisation wird dargestellt und es werden auch Wege zu weiterem Ausbau gewiesen. Der Hauptzweck des Zusammenwirkens der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz ist nach den neuerdings vereinbarten Grundsätzen, Betriebsangehörige zu Betriebshelfern auszubilden. Daneben soll auch auf allgemeine Belehrung der Arbeiter auf dem Gebiete der ersten Hilfe durch anschauliche, in

Digitized by Google

Betriebsräumen auszuhängende Wandtafeln und auf Bereitstellung von Arznei-, Verband- und Beförderungsmitteln für Verletzte auf den Betriebsstätten hingewirkt werden. Die Einrichtung und Durchführung der Ausbildungskurse übernimmt das Rote Kreuz, während die gewerblichen Berufsgenossenschaften geeignete Betriebsangehörige zur Ausbildung überweisen und die Kosten der letzteren tragen. An der Spitze des Unternehmens steht ein das ganze Deutsche Reich umfassender Hauptausschuß, dessen laufende Geschäfte das Reichsversicherungsamt führt. Ferner sind in verschiedenen Landesteilen Deutschlands Provinzial- und Ortsausschüsse errichtet. Es wird schließlich auf die bisherigen erfreulichen Ergebnisse des Zusammenwirkens hingewiesen und der Hoffnung Ausdruck gegeben, daß dieses sich günstig weiter entwickeln werde. Die Ausbildung der Betriebshelfer dürfte zu den schönsten und lohnendsten Friedensarbeiten des Roten Kreuzes zu rechnen sein.

Was Ludwig Müller von der Arbeiter- und Angestelltenversicherung hatte. Von Geh. Reg.-Rat Düttmann. Oldenburg bei Ad. Littmann.

Natürlich viel, sehr viel hatte Müller von der Reichsversicherung, nicht nur für seine Person, sondern er starb auch — allzufrüh! — in dem Troste, daß für die trauernden Hinterbliebenen einigermaßen vorgesorgt ist, zumal wenn seine brave und tüchtige Witwe auch weiterhin wacker die Arme regte. Das wird novellistisch, juristisch und arithmetisch dargestellt an einer Arbeiterlaufbahn, die ihren Helden mit allen Zweigen der Reichsversicherung in Berührung bringt — leider auch mit der Unfallversicherung. Das kleine Schriftchen ist bereits in 60000 Exemplaren verbreitet und es darf dem jetzt erschienenen 61. bis 70. Tausend gleichfalls eine schnelle Verbreitung gewünscht und vorhergesagt werden, da es in der Tat in volkstümlicher Darstellung ein gutes Bild von den Vorteilen oder genauer von den möglichen Vorteilen der Versicherung gibt; denn der einsichtige Leser weiß, daß es auch anders kommen kann.

Unfallversicherung. Drittes Buch der Reichsversicherungsordnung, Kommentar von Moesle und Dr. Rabeling, Regierungsräten im Reichsversicherungsamt. Berlin 1913 in Carl Heymanns Verlag. Preis 25 M., geb. 27 M.

Neben dem das alte Recht behandelnden, aber immer noch Vollwert besitzenden „Handbuch der Unfallversicherung", herausgegeben von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts, wird der vorliegende große Kommentar des neuen Unfallversicherungsrechts die erste Stelle unter den Hilfsmitteln für theoretisches Studium und für praktische Rechtsanwendung beanspruchen dürfen. Die Gesetzgebungsarbeiten und die Rechtsprechung zu den bisherigen Gesetzen, soweit ihr noch Geltung zukommt — und das ist in sehr weitem Umfange der Fall — sind fast erschöpfend berücksichtigt und in solcher Ordnung und so klarer Darstellung mitgeteilt, daß man sich in den überreichen Stoff leicht einarbeitet. Es fehlt auch nicht an eigenen treffenden Ausführungen der Verfasser zu mancherlei Streit- oder Zweifelsfragen des alten wie des neuen Rechts. Auch die einschlägigen Art. 43—63 Einf.Ges. z. RVO. sind erläutert. In einem Anhange sind, außer einem Verzeichnis der Berufsgenossenschaften, die reichsrechtlichen Ausführungsbestimmungen, auch die Musterfatzungen und die Musterdienstordnung, mitgeteilt. Ein gutes Sachregister schließt das Werk ab, das die angelegentlichste Empfehlung verdient.

Die Krankenversicherung nach der Reichsversicherungsordnung von Th. Petersen, Direktor der Hamburgischen Behörde für das Versicherungswesen. Hamburg 1913. Preis 25 M., gebd. 32 M.

Das in zwei starken Bänden erschienene Buch ist als siebente, vollständig neu bearbeitete Auflage des Krankenversicherungsgesetzes bezeichnet, entspricht auch in der äußeren Anlage der früheren Bearbeitung des Krankenversicherungsgesetzes und erfüllt bestens die Aufgabe, neben ausführlicher Wiedergabe der Gesetzgebungsarbeiten und der bisher veröffentlichten Ausführungsbestimmungen des Reichs und der Hansestädte, alle wichtigeren zum Krankenversicherungsgesetz ergangenen Entscheidungen und Verfügungen in der Form von Anmerkungen mitzuteilen. Dies umfangreiche Material ist gut geordnet und auch äußerlich sehr übersichtlich eingeteilt. Außer dem Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung sind auch die auf die Krankenversicherungsrechte bezüglichen Vorschriften der übrigen Bücher mit Anmerkungen versehen.

Die Invalidenversicherungspflicht nach der Reichsversicherungsordnung. Von Kontrollsekretär Buhle. Stuttgart 1913 bei F. B. Metzler. Preis: 3,50 M.

Den Hauptinhalt des Buches bildet, neben einigen Ausführungsvorschriften, ein Abdruck der Gesetzesvorschriften über Versicherungspflicht nnd Versicherungsberechtigung sowie der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912 und ferner eine ausführliche „alphabetische Ordnung der einzelnen Berufe", in der unter zahlreichen Stichwörtern auf die in Betracht kommenden Entscheidungen hingewiesen ist. Die Ueberschrift dieses Teils ist nicht ganz zutreffend. Anstellungsentschädigung, Anwartschaft, Arbeiterunterstützung, Arbeitsgelegenheit, Arm, Aufrechnung usw. bezeichnen doch keine „Berufe". Von besonderem Wert in diesem Buche sind die eingefügten leeren Blätter — — zum Nachtragen von Entscheidungen.

Jahrbuch der Rechtsprechung zum Verwaltungsrecht, 5. Jhrg., herausgegeben von Hofrat Dr. Soergel. Stuttgart 1913 bei W. Kohlhammer. Preis: geb. 6 M.

Die früheren Bände umfaßten auch das Reichsversicherungsrecht (vgl. unsere letztere Besprechung: 1912 S. 475). Dieser Teil hat sich aber im Laufe der Zeit so ausgewachsen, daß ihm in diesem Jahr ein besonderer Band gewidmet worden ist, den wir hier (S. 215) bereits angezeigt und gerühmt haben. Die gleiche Anordnung gebührt dem vorliegenden Bande, der die Rechtsprechung aus 1911 und 1912 zu 372 Gesetzen und Verordnungen im Gebiete des Reichs- und Landesverwaltungsrechts mit der bewährten Kunst knapper und treffender Formulierung behandelt. Auch dieser Band enthält übrigens mancherlei, was auch die Reichsversicherung mehr oder minder nahe angeht, so namentlich die Rechtsprechung zum Heimat-, Armen-, Gewerbewesen und zur Verwaltungsrechtpflege in den einzelnen Bundesstaaten. Das Buch ist für alle, die im Gebiete des Verwaltungsrechts tätig sind, ein wichtiges Nachschlagewerk und Hilfsmittel, sich auf dem laufenden zu halten.

Unfallverhütungsvorschriften für die Verwendung elektrischen Stromes in landwirtschaftlichen Betrieben. Von Geh. Regierungsrat H. Noetel. Posen 1913 bei E. Rehfeld. Preis 25 Pfg. (in Partien billiger). Eine eingehende Erläuterung eines von einer Konferenz der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften zur unveränderten Annahme empfohlenen Entwurfs.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Verpflichtung zur Lieferung von Brillen.

1. Nach Stettin. Antwort: Die Ansicht, daß die Kasse nur Brillen zum Nahsehen, nicht auch zum Weitsehen liefern müsse, ist durch nichts gerechtfertigt. Denn Voraussetzung für die Verpflichtung, Heilmittel zu gewähren, ist keineswegs, daß es sich um eine Krankheit handle, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, Kurzsichtigkeit ist ebenso eine Krankheit, wie Weitsichtigkeit.

Begriff der unständigen Beschäftigung.

2. Nach Zwickau. Antwort: Wenn die Waschfrauen bei jedem der einzelnen Kunden zwar in der Woche nur einige Tage, aber doch regelmäßig in jeder Woche arbeiten, so gehören sie nicht zu den unständig Beschäftigten im Sinne des § 441 RVO. Denn für diese ist nicht die Dauer der einzelnen Arbeitsleistung, sondern die des Arbeitsverhältnisses maßgebend, mögen auch die Leistungen durch Pausen unterbrochen sein.

Aerztliche Behandlung ist nicht Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld.

3. Nach Bous. Frage: Der frühere Bergmann und jetzt bei unserer Firma beschäftigte Tagelöhner St. meldete sich am 5. Mai wegen chronischen Bronchialkatarrhs bei uns krank. Am 2. Juni wurde er vom Knappschaftsverein wegen Pensionsansprüche dem Knappschaftslazarett zur Beobachtung überwiesen. Hier blieb er bis 30. Juni. Eine Behandlung auf seine Krankheit hin wurde dem St. im Lazarett nicht zuteil. Wir haben ihm, in der Erwartung, daß der Verein uns Ersatz hierfür leisten würde, das halbe Krankengeld gezahlt. Der Verein lehnt es jedoch ab, uns Ersatz zu leisten, und ist im Gegenteil der Ansicht, daß wir dem St., da wir keine Krankenhauspflege bezahlten, das volle Krankengeld zu erstatten hätten. Wir können uns dieser Ansicht nicht anschließen, sondern glauben, daß der Knappschaftsverein, der ohne unser Zutun den Mann in seinem Interesse in die Anstalt verbrachte, die ganze Fürsorge zu tragen hat.

Antwort: Da St. infolge Krankheit erwerbsunfähig war, so kann er von der Krankenkasse das volle Krankengeld beanspruchen, auch wenn er wegen der Krankheit nicht ärztliche Behandlung erhielt; denn diese ist keineswegs Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld. Er ging dessen auch nicht dadurch verlustig, daß ihn der Knappschaftsverein in einem Lazarett auf seinen Gesundheitszustand mit Rücksicht auf eine etwaige Pension beobachten ließ, noch auch kann deswegen die Kasse Ersatz von dem Verein verlangen.

Anrechnung des Krankengeldes auf das Gehalt.

4. Nach Erfurt. Antwort: Die Frage ist bereits gesetzlich geregelt. Eine Vereinbarung, daß die Unterstützung aus einer gesetzlichen Kranken- oder Unfallversicherung vom Gehalt abgezogen werden dürfe, kann nach § 63 Abs. 2 HGB. mit einem Handlungsgehilfen nicht getroffen werden. Hingegen ist bei allen andern Angestellten, also den nichtkaufmännischen, der Abzug zulässig, auch wenn er nicht ausdrücklich im Anstellungsvertrag vereinbart worden ist (vgl § 616 BGB. und § 133 c Abs. 2 Gew.Ordg.).

Die Festsetzung einer Entschädigung für den Vorstand muß von der höheren Verwaltungsbehörde genehmigt werden. — Unzureichende Zahl von Bewerbern auf einer Vorschlagsliste bei den Kassenwahlen.

5. Nach Br. Antwort: a) Die Festsetzung einer Entschädigung für den Kassenvorstand bedeutet eine Statutenänderung, da sie nach § 34a KVG. nur durch das Statut festgesetzt werden kann, bedurfte also der Genehmigung durch die höhere Verwaltungsbehörde (§ 24 Abs. 2). Diese kann aber nur entweder den Generalversammlungsbeschluß genehmigen oder ihm die Genehmigung versagen, jedoch nicht ihn abändern und in der abgeänderten Form genehmigen. War beschlossen worden, die Entschädigung solle mit rückwirkender Kraft vom 1. Januar 1910 ab gewährt werden, so kann die Behörde nicht statt dessen den 1. Juli 1910 festsetzen. Tut sie das, so muß die Genehmigung als versagt gelten. Auf keinen Fall durfte der Vorsitzende die Entschädigung auch für Januar bis Juni 1910 auszahlen. Denn für diese Zeit fehlte zweifellos die Genehmigung, er ist insoweit ersatzpflichtig.

b) Wie zu verfahren ist, wenn bei der Listenwahl ein Vorschlag weniger Namen von Bewerbern enthält, als der auf ihn entfallenden Stimmenzahl entspricht, hängt ganz davon ab, welche Vorschriften im einzelnen die Wahlordnung enthält. Hierüber sind Bestimmungen getroffen in § 17 der Musterwahlordnung für allgemeine Ortskrankenkassen, und zwar für Fassung 1 in Abs. 4 und 5 und für Fassung 2 in Abs. 5—7.

Richtigstellung.

Diejenigen Personen, die vom 1. Januar 1914 der allgemeinen Ortskrankenkasse angehören werden, weil ihre jetzige Kasse aufgelöst oder geschlossen wird, wählen zur Ortskrankenkasse mit, wie in Nr. 24 der Arb.-Versorgg. S. 576 unter Ziff. 7 ausgeführt ist. Die unter Ziff. 6 geäußerte Ansicht kann mit Rücksicht auf die Bekanntmachung des Bundesrats vom 11. Juli 1913 nicht mehr aufrecht erhalten werden. Die Auskunft Ziff. 6 war noch vor Veröffentlichung der Bundesratsbekanntmachung in den Satz gegeben worden. Leider wurde nachher beim Druck übersehen, sie herauszulassen.

Diejenigen Ortskrankenkassen des Kreises, welche statt Quittungsbücher Quittungskarten eingeführt haben, werden um gefl. Uebersendung von Mustern derselben sowie der Aufrechnungsformulare für die Meldestellen ergebenst gebeten.

Die Ortskrankenkasse des Kreises Sagan.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **21. September 1913.**

Redaktion:	Nr. 27	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Verhindert die Anfechtung der Ausschußwahl einer Allgemeinen Ortskrankenkasse deren rechtzeitige Organisation?

Von Beigeordnetem **Dr. Treutlein** in Krefeld.

Diese Frage wird brennend, weil sich die Vorarbeiten für die durch Neuerrichtung oder Ausgestaltung am 1. Januar 1914 ins Leben tretenden Allgemeinen Ortskrankenkassen infolge des späten Erscheinens der Mustersatzungen, der Ueberlastung der Versicherungsbehörden und der zaghaften Handhabung des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. auf Jahresschluß hin unheimlich zusammendrängen. Man befürchtet, daß es in die Hand jedes bei den großen Aenderungen verärgerten Quertreibers gegeben sei, durch Wahlanfechtung durch alle Instanzen die Vorbereitung der neuen Kassen völlig lahm zu legen. Meiner abweichenden Auffassung möchte ich nachstehend die Begründung geben.

1. Die Untersuchung wird von der Vorfrage ausgehen müssen, ob die Wahlanfechtung ein Rechtsmittel ist oder nicht.

In der Reichsversicherungsordnung ist die Wahlanfechtung nirgends geregelt, weder für die Krankenkassenwahlen noch für andere Wahlen; die einzige für unsere Frage in Betracht kommende Gesetzesbestimmung findet sich im § 33 RVO., wo die Entscheidung im Streit über die Gültigkeit von Wahlen lediglich als ein Sonderfall der im § 30 schon allgemein umschriebenen Aufsichtsbefugnis erwähnt ist. Darnach steht der Gesetzgeber offenbar auf dem Standpunkt, daß die Beschwerde gegen eine Wahlhandlung keinerlei selbständige Rechtsbedeutung hat (also auch an keine Form oder Frist gebunden ist), daß sie vielmehr nur eine Anregung für die Aufsichtsbehörde sein kann, von Amts wegen die vorgetragenen Tatsachen zu prüfen.

Diese Auffassung dürfte die einzig richtige sein. Wie im Strafrecht bei Bagatellsachen der Strafantrag eine rechtliche Rolle spielt, bei Verbrechen z. B. aber nur die Aufmerksamkeit der Behörden auf die Notwendigkeit eines Einschreitens von Amts wegen hinlenkt, so entspricht es auch hier der Sachlage, daß die Aufsichtsbehörde sich um keinen Antrag mehr förmlich zu kümmern braucht, wenn sie ihre wichtigste Aufsichtspflicht wahrnimmt, dafür zu sorgen, daß die vom Gesetz gewollten Leute die Verwaltung der Kasse in die Hand bekommen.

Von diesem Standpunkt aus, daß die Anfechtung kein Rechtsmittel sei, wird man folgern müssen, daß sie ohne besondere Verfügung der Aufsichtsbehörde keine aufschiebende, z. B. die Vorstandswahl hindernde Wirkung hat. Man kann vielleicht sogar im Gegenteil sagen, daß nicht einmal die Aufsichtsbehörde dem weiteren Verfahren für die Vorstandswahl Einhalt gebieten kann, solange sie nicht mit entscheidungsreifer Sicherheit die Ueberzeugung gewonnen hat, daß die Ausschußwahl ungültig ist.

Digitized by Google

2. Es ist nun zuzugeben, daß man auch die Rechtsauffassung vertreten kann, die Wahlanfechtung sei ein Rechtsmittel, insbesondere weil § 33 RVO. von einer „Entscheidung" in einem „Streit" spricht. Ich halte das nicht für Durchschlagend; denn wäre die Anfechtung schon ein Rechtsmittel, so wäre die Entscheidung des Versicherungsamts schon zweitinstanzlich und damit wäre nach § 1798 RVO. der Rechtszug an das Reichsversicherungsamt abgeschnitten, was sicherlich nicht gewollt war.

Aber selbst wenn man die Wahlanfechtung als Rechtsmittel betrachtet, kommt man zu demselben Ergebnis wie unter 1. Denn dann gilt § 130 RVO., wonach in Ermangelung einer besonderen Gesetzesvorschrift das Rechtsmittel keinen Aufschub bewirkt.

3. Wird die Entscheidung des Versicherungsamts angefochten, so liegt darin sicher ein Rechtsmittel und § 130 beherrscht die Sachlage.

Ist nämlich die Wahl des Ausschusses für gültig erklärt, so geht die Vorstandswahl und die Verwaltungstätigkeit beider Organe ruhig weiter; ist die Ausschußwahl für ungültig erklärt, so muß Neuwahl anberaumt werden.

Dasselbe Spiel wiederholt sich, vielleicht mit umgekehrten Rollen, zwischen der Entscheidung des Oberversicherungsamts und der des Reichsversicherungsamts.

Wird die Ausschußwahl für ungültig erklärt, nachdem der betr. Ausschuß schon den Vorstand gewählt und andere Beschlüsse gefaßt hat, so werden diese Vorstandswahl und die anderen Beschlüsse nach praktisch sehr zweckmäßigen und juristisch wohl haltbaren Rechtsauffassung (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 53 Anm. 2c zu § 33) dadurch nicht ohne weiteres ungültig, sondern nur, wenn sie selbständig für sich angefochten waren.

4. Im vorstehenden ist außer Betracht gelassen worden, daß die Anfechtung in der Kassensatzung oder in der zu ihr gehörenden Wahlordnung ihre Regelung gefunden haben kann. Die rechtliche Möglichkeit liegt im Rahmen von §§ 320, 323 RVO. sicherlich vor und die Musterwahlordnung hat auch davon Gebrauch gemacht (§ 21, vgl. auch §§ 5, 6).

Man kommt da scheinbar in einen Widerspruch hinein. Eine in der Satzung nach Form und Frist geregelte Anfechtung kann nicht wohl anders denn als Rechtsmittel (Beschwerde gegen die Kasse) angesehen werden, die darauf ergehende Entscheidung des Versicherungsamts ist also zweitinstanzlich und der Streitfall könnte nach § 1798 RVO. nicht ans Reichsversicherungsamt kommen. Natürlich kann aber ernstlich kein rechtlicher Unterschied gemacht werden, je nachdem ob das Versicherungsamt auf förmliche Anfechtung oder nur auf Anzeige von Wahlmißbräuchen von Amts wegen eine Wahl für ungültig erklärt. Denn auch bei einem auf Anfechtung hin eröffneten Verfahren ist die selbständige Prüfungspflicht der Aufsichtsbehörde die Hauptsache, z. B. kann und muß sie immer auch solche Tatsachen in Rücksicht ziehen, die die Anfechtungsschrift nicht berührt hat. Bei solchen Ueberwiegen der behördlichen Aufsichtstätigkeit wird man immer den Rechtszug bis zum Reichsversicherungsamt als zulässig ansehen müssen.

Die Regelung der Anfechtung in der Wahlordnung hat also praktisch nur eine negative Bedeutung insofern, als eine nicht form- und fristgerecht angebrachte Anfechtung vom Versicherungsamt ohne „Entscheidung" abgewiesen werden kann, weil dann ein rechtlich beachtlicher „Streit" nicht als vorliegend anerkannt werden muß. Natürlich muß das Versicherungsamt trotzdem die vorgebrachten Anfechtungsgründe von Amts wegen prüfen, und es kann und soll unzweifelhaft auch nach Ablauf der etwa in der Satzung vorgesehenen Anfechtungsfrist einen gesetzwidrig gewählten Ausschuß aus dem Amte bringen. Aber das in der Satzung einschränkend geregelte subjektive Recht auf Entscheidung im Anfechtungsstreit ist erloschen, das Versicherungsamt kann in der Sache selbst einfach schweigen, und es besteht dann in der Sache selbst kein Angriffspunkt für eine Beschwerde nach § 1792 RVO.

Eine Besonderheit würde allerdings vorliegen, wenn eine Satzung die Bestimmung enthielte, daß die von ihr geregelte Anfechtung dem gewählten Kassenorgan die vorläufige Aufnahme der Amtstätigkeit verbietet; eine solche Satzungsbestimmung müßte als „Gesetz" im Sinne des § 130 RVO. anerkannt und in ihrer aufschiebenden Wirkung berücksichtigt

Digitized by Google

werden. Praktisch dürfte der Fall kaum vorkommen.

5. Somit ist das Ergebnis, daß — abgesehen von der letzterwähnten Ausnahmemöglichkeit — die Anfechtung der Ausschußwahlen das Fortschreiten zu rechtzeitig fertigen Organisationsverhältnissen solange in keiner Weise aufhalten kann, als nicht das Versicherungsamt oder eine höhere Beschwerdeinstanz die Wahl für ungültig erklärt hat. Und zwar wird dann erst noch nach dem Inhalt der Entscheidung zu bemessen sein, ob die ganze Wahl ungültig und Neuwahl unerläßlich ist, oder ob Ausscheiden nur des einen oder andern Gewählten und Ersetzung durch Stellvertreter genügt. Im letzteren Fall ist weiterhin zu untersuchen, ob die Mitwirkung der Ausgeschiedenen bei inzwischen vorgenommer Vorstandswahl oder anderen Beschlüssen deren Gültigkeit wesentlich beeinflußt oder nicht und auch das vielleicht (s. oben) nur, wenn die betreffende Wahl oder Beschlußfassung selbständig angefochten war. Eine böswillige Verzögerung der Organisationsarbeit durch unbegründete Wahlanfechtung erscheint daher als ausgeschlossen.

Erweist sich dagegen die Wahlanfechtung als begründet, so daß die Vorarbeit nicht rechtzeitig fertig werden kann, so müssen bei ausgestalteten Kassen die alten Kassenorgane den Betrieb weiter führen, bei neuerrichteten Ortskrankenkassen muß aber wohl in Ermanglung jeglicher Vorschrift das Versicherungsamt in analoger Anwendung des § 379 RVO. nach dem Rechten sehen, denn die Verwaltung darf unter keinen Umständen Buchstabenbedenken zu Liebe die Zügel am Boden schleifen lassen. Besser wäre es freilich, wenn in letzter Stunde noch der Bundesrat der Rechtsnot auf dem einfachen Wege des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. abhelfen wollte.

Die „Leistungsfähigkeit" des Arbeitgebers nach § 418 Abs. 2 Ziff. 2 RVO.

Von **Friedr. Kleeis** in Halle a. S.

Für die nunmehr neu eingeführte Krankenversicherungspflicht der landwirtschaftlichen Arbeiter und Dienstboten sind bekanntlich eine Reihe von Ausnahmevorschriften vorgesehen worden. Nach den §§ 418 und 435 RVO. werden die genannten Personen von der Versicherungspflicht auf Antrag des Arbeitgebers befreit, wenn dieser bei Erkrankungen des Befreiten eine den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertige Unterstützung voll aus eigenen Mitteln deckt, den Antrag für seine sämtlichen Dienstboten stellt und *seine Leistungsfähigkeit sicher* ist.

Vom sozialpolitischen Standpunkt aus wäre es jedenfalls besser gewesen, wenn diese umfangreiche Befreiungsmöglichkeit fortgeblieben wäre. Indes, — die Bestimmungen sind nun einmal vorhanden und sie müssen vorläufig durchgeführt werden. Zweifellos wird die Einrichtung in der Praxis viel Schwierigkeiten bieten, die erhöht werden durch einige Unklarheiten der Vorschriften.

Eine der wichtigsten Fragen ist die, unter welchen Voraussetzungen die „Leistungsfähigkeit" des Arbeitgebers „sicher ist". Das Gesetz selbst enthält über die Feststellung dieser Leistungsfähigkeit keine näheren Angaben. Auch in den gesamten Gesetzesmaterialien sind nur dürftige Anhaltspunkte zu finden. Das hat seinen Grund darin, daß der maßgebende jetzige § 418 von der Reichstagskommission als § 447 in das Gesetz neu eingefügt wurde. Der von der Regierung im Gesetzentwurf vorgesehene § 447 lautete:

„Das Recht, die Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 186 Nr. 2 zu beantragen, steht an Stelle des Versicherten dem Arbeitgeber zu."

Der erwähnte § 186 des Entwurfs zerfiel in zwei Ziffern, von denen die erste die Befreiung arbeitsunfähiger Personen betraf und jetzt § 173 bildet, die zweite aber folgenden Wortlaut hatte:

„Auf seinen Antrag wird von der Versicherungspflicht befreit, wer . . . bei Erkrankung an seinen Arbeitgeber einen Anspruch auf eine den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertige Unterstützung hat, wenn der Arbeit-

Digitized by Google

geber die volle Unterstützung aus eigenen Mitteln deckt und seine Leistungsfähigkeit sicher ist."

Der § 188 des Entwurfs enthielt dann nähere Angaben über das Verfahren bei dieser Befreiung. Die Reichstagskommission strich aber die Ziff. 2 des § 186 und den damit im Zusammenhang stehenden § 188 des Entwurfs, weil die Befreiung für gewerbliche Arbeiter und städtische Verhältnisse nicht passe. Auch sei mit den entsprechenden Bestimmungen des § 3a Abs. 1 Ziff. 2 KVG. grober Mißbrauch getrieben worden. Letzteres ist zweifellos richtig, und es könnten zum Beweis viele Beispiele aus der Praxis angeführt werden. Es ist aber dann unverständlich, weshalb man die Befreiung für die landwirtschaftlichen Arbeiter und Dienstboten beibehielt und hier sogar unabhängig von der Zustimmung des Versicherten in das freie Belieben des Arbeitgebers stellte. Allerdings hat die Reichstagskommission die Voraussetzungen für den Antrag auf Befreiung durch den Arbeitgeber gegenüber der Regierungsvorlage etwas erhöht, indem der Arbeitgeber den Antrag für seine sämtlichen Beschäftigten zu stellen hat, soweit sie zur regelmäßigen Arbeit für mindestens zwei Wochen verpflichtet sind.

Die Bedingung, daß die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers sichergestellt sein muß, befand sich nach alledem schon in der Regierungsvorlage. Die Begründung sagt aber in den einschlägigen Stellen (S. 152 der Anlagen zum Entwurf der Reichsversicherungsordnung, Nr. 340 der Reichstagsdrucksachen) kein Wort über den Begriff dieser Leistungsfähigkeit. Es wird zunächst auf den § 3 Abs. 2 KVG. verwiesen. Sodann wird ausgeführt, daß es nach der seitherigen Auslegung dieser Bestimmung angängig sei, daß ein Arbeitgeber die wirkliche Leistung der Unterstützung einem anderen, insbesondere einer Versicherungsgesellschaft, vertragsmäßig überträgt. Dies dürfe aber nicht dazu führen, daß der befreite Arbeitnehmer seinerseits zu Leistungen an diesen Dritten, namentlich zu Versicherungsbeiträgen, herangezogen wird, selbst wenn diese Beiträge nicht über diejenigen hinausgehen, welche der Arbeiter für die gesetzliche Krankenversicherung zu zahlen hätte. Da nach dieser Richtung Zweifel entstanden seien, so stelle der Entwurf der Reichsversicherungsordnung die Frage klar. **Die Unterstützung brauche auch fernerhin nicht vom Arbeitgeber selbst geleistet, sondern aus seinen Mitteln „gedeckt" zu sein. Dies geschieht beispielsweise auch dann, wenn er ausschließlich auf eigene Kosten den Arbeitnehmer bei einer leistungsfähigen privaten Gesellschaft gegen Krankheit versichert.**

Hieraus geht zunächst das eine hervor, daß der Arbeitgeber die Erfüllung des Anspruchs durch einen Vertrag mit einem Dritten (einer Versicherungsgesellschaft) sicherstellen darf. Das ist auch bei der Beratung des Gesetzes mehrfach zum Ausdruck gekommen. Bei Beratung des § 186 des Entwurfs war beantragt worden (Komm.Ber. II, 36), in Ziff. 2 hinter dem Worte Unterstützung das Wort „unmittelbar" einzuschieben, weil der Arbeitgeber die Leistungen der Versicherungsgesellschaft nicht überwachen und diese daher mangelhaft sein könnten. Dadurch sollte erreicht werden, daß die Versicherungsgesellschaft dem Arbeitgeber selbst die für die Unterstützung des Befreiten gemachten Aufwendungen ersetze und sich der Beschäftigte nur an den Arbeitgeber zu halten habe. Der Staatssekretär des Innern stimmte dem Antrag zu. Der Antrag schaffe einen wirksamen Schutz des Befreiten. Allerdings werde auch nach dem Antrag eine Versicherung seitens des Arbeitgebers nicht ausgeschlossen sein, die Versicherung könne aber nur noch dahin abgeschlossen werden, daß die Versicherungsgesellschaft dem Arbeitgeber selbst die für die Unterstützung des Befreiten gemachten Aufwendungen ersetze. Der Antrag wurde auch angenommen. Später wurde aber, wie schon erwähnt, die Ziff. 2 gänzlich gestrichen und zu einem neuen § 447 (jetzt 418) verarbeitet. Hierbei kam man aber nicht wieder auf den Antrag zurück. Gleichwohl muß aber das, was der Antrag wollte, als Absicht des Gesetzgebers festgestellt werden.

Hieraus geht hervor, daß die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers unabhängig von einer etwaigen Rückversicherung ist und auch ohne diese sichergestellt sein muß. Das bestätigte auch der Vertreter des Reichsamtes des Innern (S. 391 des Komm.Ber.), indem er meinte, die Leistungsfähigkeit müsse in der Person des Arbeitgebers liegen. Und an anderer Stelle sagte ein Regierungsvertreter

Digitized by Google

(S. 392 des Berichts), „ob der Arbeitgeber sich auf seine Kosten rückversichere, könne dem Befreiten einerlei sein". Wenn demgegenüber im „Gesetz und Recht" 1912 S. 69 ausgeführt wird, daß es sich hierbei nur um die persönliche Ansicht des Staatssekretärs handle, an die die schließlich entscheidende Stelle nicht gebunden ist, so sei doch dazu bemerkt, daß diese Ansicht von mehreren Regierungsvertretern geäußert und ihr von der gesamten Kommission zugestimmt wurde.

Wie soll nun aber die persönliche Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers festgestellt werden? Die bis jetzt erschienenen Kommentare zur Reichsversicherungsordnung (so z. B. der von Hoffmann II, S. 541) sagen, daß die Frage nur von Fall zu Fall geprüft werden kann. Das mag richtig sein. Im allgemeinen aber wird daran festzuhalten sein, daß Befreiungsanträgen von Arbeitgebern, von denen bekannt ist, daß sie vermögenslos sind, nicht stattzugeben ist. Wie aber, wenn darüber Zweifel bestehen? Dann sollte in jedem Falle von dem antragstellenden Arbeitgeber die Hinterlegung einer gewissen Sicherheit verlangt werden.

Bei der Beratung in der Reichstagskommission wurde zu § 186 Ziff. 2 der Zusatz beantragt: „Der Arbeitgeber hat bei der für seinen Beschäftigungsort zuständigen Krankenkasse den doppelten Betrag der Höchstleistung der betreffenden Kasse für jeden Versicherten zu hinterlegen." Und zu § 187 war die Ergänzung beantragt: „Der Kassenvorstand kann die Bestellung einer Sicherheit verlangen" und weiter: „Er muß die Bestellung solcher Sicherheit verlangen, wenn Zweifel an der Sicherheit des Verpflichteten vorliegen oder eintreten". Zur Begründung wurde ausgeführt, daß es sehr schwierig sei, die dauernde Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers festzustellen. Mit dieser Aufgabe werde den Kassenvorständen und den Behörden, auf deren Auskunft jene angewiesen seien, eine große Verantwortung aufgeladen. Bei unvorsichtigem Gebahren des Vorstandes könne die Kasse empfindliche Verluste erleiden, da sie bei Leistungsunfähigkeit des Arbeitgebers in dessen Verpflichtungen eintreten müsse. Der Staatssekretär des Innern führte aus, daß der erste und der letzte der angeführten drei Anträge zu weit gehe. Es werde genügen, wenn den Kassen das Recht gegeben werde, die Bestellung einer gewissen Sicherheit zu verlangen, wenn die Verhältnisse des Arbeitgebers ohne eine solche keine absolut sichere Gewähr für Erfüllung seiner Verpflichtungen böten. Aus der Aussprache ging hervor, daß die Kommissionsmehrheit diese Ansicht teilte. Nachdem aber die Ziff. 2 des § 186 abgelehnt war, unterblieb eine Abstimmung über die Anträge. Mit Recht nehmen aber die Kommentare zur Reichsversicherungsordnung in ihrer Mehrzahl an, daß die Hinterlegung der Sicherheit verlangt werden kann, vgl. Kommentar von Hoffmann des Reichsversicherungsamts, II, S. 541 Anm. 9 und S. 542 Anm. 6.

Um über die hier berührten Fragen Klarheit zu erhalten, ist angeregt worden, es möchte über die Feststellung der Leistungsfähigkeit eine allgemein gültige Norm von einer berufenen Seite aufgestellt werden. Als solche ist in erster Linie das Reichsamt bezeichnet worden. Mit Recht ist aber von anderer Seite darauf hingewiesen worden, daß die Auslegung von Gesetzen nicht zu den Obliegenheiten des Reichsamtes des Innern gehört. Es kann daher auch in diesen Fragen bindende Grundsätze nicht aufstellen. Ebensowenig ist aber auch das Reichsversicherungsamt dazu in der Lage. Dieses Amt fällt seine Entscheidungen nur von Fall zu Fall als letzte Instanz in Beschwerdesachen. Nun hat aber die Reichsversicherungsordnung das Reichsversicherungsamt für die vorliegenden Fragen gänzlich ausgeschaltet. Ueber die Anträge auf Befreiung entscheidet der Kassenvorstand; auf Beschwerde, die nach § 128 binnen einen Monat einzulegen ist, entscheidet das Versicherungsamt ohne Zuziehung der Beisitzer und auf weitere Beschwerde, die ebenfalls binnen einem Monat einzulegen ist, das Oberversicherungsamt auch ohne Zuziehung der Beisitzer endgültig. Aus diesen Gründen ist es leider auch ausgeschlossen, daß für das ganze Reich ein fester Grundsatz über die Prüfung der Leistungsfähigkeit aufgestellt wird. Es ist daher immerhin denkbar, daß von den einzelnen Oberversicherungsämtern verschiedene Entscheidungen über die Fragen ergehen.

Im wesentlichen kam es mir nur darauf an, die Meinung der „Täglichen Rundschau" zu widerliegen, nach der „auch unter denjenigen Persönlichkeiten, die an der Gestaltung

Digitized by Google

der Reichsversicherungsordnung und ihrer Durchberatung im Reichstag in maßgebender Stelle mitgewirkt haben, die Ansichten darüber auseinandergehen, ob die persönlichen Verhältnisse des Antragstellers einer Prüfung unterzogen werden müssen oder ob die Versicherung der Dienstboten bei einem leistungsfähigen Versicherungsunternehmen ausreicht sofern die Beitragszahlung des Arbeitgebers an dieses sichergestellt ist". Es kann nach obigen Darlegungen keinem Zweifel unterliegen, daß diese bekämpfte Prüfung nicht nur ein Recht, sondern sogar eine Pflicht des zuständigen Kassenvorstandes ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungsvertreter bei den Versicherungsämtern und bei den Oberversicherungsämtern.

Erlaß des **Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 22. Juli 1913. (HMBl. S. 527.)

a) Nachdem der Bundesrat gemäß Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 12. d. Mts. (BBl. f. d. D. R. S. 680) die Amtsdauer der Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten bei den Versicherungsanstalten bis zum 31. Dezember 1914 verlängert hat, liegt ein Anlaß, die Wahlen der Versicherungsvertreter bei den Versicherungsämtern noch in diesem Jahre stattfinden zu lassen, nicht mehr vor. Unter Abänderung der Nr. 1 des Erlasses vom 26. April d. Js. (HMBl. S. 330) bestimme ich daher, daß mit den Vorarbeiten für die Wahlen so zeitig zu beginnen ist, daß die Aufforderung an die Wahlberechtigten (Nr. 6 des Entwurfs der Mustersatzung) spätestens im März 1914 ergeht und die Neugewählten am 1. Juli 1914 ihr Amt antreten können. Die Wahlzeit läuft danach vom 1. Juli 1914 ab, so daß in späteren Jahren die Vorarbeiten für die Wahlen im Anfange des letzten Jahres der Wahlperiode zu beginnen haben.

b) Nachdem durch Erlaß vom heutigen Tage der Beginn der Wahlzeit für die Versicherungsvertreter bei den Versicherungsämtern auf den 1. Juli 1914 festgesetzt worden ist, bestimme ich in Abänderung der Nr. 1 des Erlasses vom 26. April d. Js. (HMBl. S. 340), daß mit den Vorarbeiten für die Wahlen der Versichertenbeisitzer der Oberversicherungsämter so zeitig zu beginnen ist, daß die Aufforderung an die Wahlberechtigten (Nr. 5 des Entwurfs der Mustersatzungen) spätestens Anfang September 1914 ergeht und die Neugewählten ihr Amt am 1. Januar 1915 antreten können. Die Wahlzeit läuft danach vom 1. Januar 1915 ab, so daß in späteren Jahren die Vorarbeiten für die Wahlen nach Abschluß der Wahlen für die Versicherungsvertreter bei den Versicherungsämtern im Juli des Jahres vor Ablauf der Wahlperiode zu beginnen haben.

Die Zurücknahme eines Rechtsmittels kann nicht wegen irriger Voraussetzung angefochten werden

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 5. Mai 1913.

Nach der Einlegung des Rekurses gegen das schiedsgerichtliche Urteil vom 10. November 1910 hat der Kläger am 6. September 1911 beim Vertrauensmann der Sektion VI der Beklagten einen Antrag auf Abfindung durch Kapitalzahlung gemäß § 95 GUVG. gestellt. Der Antrag ist am 14. September 1911 bei der Sektion VI eingegangen und dem Vertrauensmann unter dem 15. September 1911 mit dem Ersuchen zurückgeschickt worden, dem Kläger mitzuteilen, daß zu dem Antrage erst Stellung genommen werden könne, wenn die zurzeit beim Reichsversicherungsamt befindlichen Akten zurückgelangt seien; der Kläger habe gegen die Kürzung seiner Rente von 25 auf 15 % Rekurs eingelegt, über den noch nicht entschieden sei. Am 21. September 1911 ging darauf beim Reichsversicherungsamt folgendes Schreiben des Klägers vom 19. September 1911 ein:

„In meiner Unfallsache, in welcher am 28. September 1911 Termin ansteht, ziehe ich hierdurch meinen Rekurs vom 5. Dezember 1910 zurück, nachdem ich auf Vorschlag der Berufsgenossenschaft mit derselben einen Abfindungsvergleich geschlossen habe."

In einem Schreiben vom 23. Oktober 1911 hat der Kläger diese Erklärung widerrufen. Er hält sich zu dem Widerruf berechtigt, da er den Rekurs nur deswegen zurückgezogen habe, weil er der Meinung gewesen sei, daß zwischen ihm und der Beklagten ein festes Abkommen über eine Abfindung zustande gekommen sei, und in dieser Annahme sich geirrt habe.

Digitized by Google

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Reichsversicherungsamt ist ein Vertreter des Klägers erschienen und mit seinen Ausführungen gehört worden.

Es war, wie geschehen, zu erkennen.

Der Rekurs des Klägers gegen das schiedsgerichtliche Urteil vom 10. November 1910 ist durch die Zurücknahme erledigt. Der Kläger kann die Zurücknahmeerklärung nicht wegen Irrtums wirksam anfechten. Anzuwenden sind hier die allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Rechts über die Anfechtung von Willenserklärungen (vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl., B. II, S. 604, Anm. 6a zu § 16 der Schiedsgerichtsordnung). Nach § 119 Abs. 1 BGB. begründet der Irrtum die Anfechtung einer Willenserklärung, wenn der Erklärende über den Inhalt der Erklärung im Irrtum war oder eine Erklärung dieses Inhalts überhaupt nicht abgeben wollte. Keiner dieser Fälle liegt hier vor, sondern lediglich ein Irrtum im Beweggrunde. Die Erklärung der Zurücknahme des Rekurses entsprach dem Willen des Klägers und es bestanden bei ihm auch keine irrigen Vorstellungen über den Inhalt der Erklärung oder über die Bedeutung und Tragweite der Zurücknahme des Rekurses. Der Kläger ging dabei nur von der irrigen Voraussetzung aus, er erhalte von der Berufsgenossenschaft eine Abfindung. Es muß deshalb bei dem schiedsgerichtlichen Urteile vom 10. November 1910, das Rechtskraft erlangt hat, bewenden. Im übrigen erscheint dieses Urteil auch sachlich gerechtfertigt.

B. Zur Krankenversicherung.

Die lediglich zur Holzfällung (im Gegensatz insbesondere zur Abfuhr des Holzes) eingestellten Arbeiter sind auch dann als forstwirtschaftliche Arbeiter im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes zu erachten, wenn sie von Gewerbetreibenden beschäftigt werden.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 17. März 1913.

Aus Anlaß der Erkrankung des Holzfällungsarbeiters Marinus Fl. hat die Gemeindekrankenversicherung P. durch Übernahme der Kosten des Heilverfahrens sowie durch Gewährung von Krankengeld Aufwendungen im Gesamtbetrage von 265,93 M. gemacht und beansprucht nunmehr auf Grund des § 50 KVG. den Ersatz dieser Aufwendungen von der Langholzhandlung G. A. Pf. in H.

Hiernach ist zunächst zu prüfen, ob die genannte Firma als Arbeitgeber des Marinus Fl. zu erachten ist.

In zutreffender Weise wurde diese Frage von den beiden Vorinstanzen bejaht und in dieser Richtung insbesondere in dem Regierungsbescheide des näheren ausgeführt, daß der Rottmeister Jakob L., der den Marinus Fl. zur Arbeit angenommen hatte, nicht als dessen Arbeitgeber angesehen werden könne, da dem Jakob L. — als sogenannten Kleinakkordanten — die Eigenschaft eines Unternehmers nicht zukomme, letzterer vielmehr selbst nur als ein von der Firma Pf. beschäftigter Arbeiter zu erachten sei. Diese Ausführungen stehen im vollen Einklange mit der ständigen Rechtsprechung des Gerichtshofes (vgl. hierher insbesondere die Entscheidungen vom 21. Oktober 1895 und vom 16. März 1897 (Sammlg. Bd. 17 S. 21 ff und Bd. 18 S. 223—224).

Wenn in der Beschwerde der Firma G. A. Pf. vom 24. Mai 1912 geltend gemacht wird, daß auch Kleingewerbetreibende als (selbständige) Unternehmer zu erachten seien, sowie daß im vorliegenden Falle ein Arbeitsverhältnis auch aus dem Grunde nicht angenommen werden könne, weil der zwischen der Firma und dem L. abgeschlossene „Holzfällungsvertrag" als Werk- und nicht als Dienst- oder Arbeitsvertrag zu erachten sei, so ist dem erstenerwähnten Einwande gegenüber zu bemerken, daß dem L. die Eigenschaft eines Unternehmers nicht wegen des geringen Umfanges eines selbständigen Gewerbebetriebes, sondern wegen Nichtvorliegens eines solchen Betriebes aus den im Regierungsbescheide angeführten Gründen mit Recht abgesprochen worden ist.

Daß ferner auch ein im Sinne des Bürgerlichen Gesetzbuchs als Werkvertrag zu erachtender Vertrag in versicherungsrechtlicher Richtung als Arbeitsvertrag sich darstellen kann, ist in Rechtslehre und Rechtsprechung gleichfalls bereits anerkannt (vgl. u. a. Hahn, Kommentar zum Krankenversicherungsgesetz, 6. Aufl. S. 26; Reger, Entsch. Bd. 26 S. 69, Bd. 28 S. 49, Bd. 32 S. 466).

Der Umstand, daß als Arbeitgeber des Fl. die Firma G. A. Pf. zu erachten ist, genügt indessen noch nicht zu einer Inanspruchnahme dieser Firma auf Grund des § 50 KVG., es ist vielmehr unter anderem noch notwendig, daß die den Erstattungsanspruch erhebende Versicherungseinrichtung — hier die Gemeindekrankenversicherung P. — „auf Grund

Digitized by Google

gesetzlicher oder statutarischer Vorschrift" die von ihr zum Ersatze beanspruchten Aufwendungen gemacht hat. Diese Voraussetzung ist aber selbstverständlich nur dann erfüllt, wenn die Person, deren Erkrankung den Anlaß zu den Aufwendungen gegeben hat, zur Zeit ihrer Erkrankung der betreffenden Versicherungseinrichtung angehört hat.

Daß Fl. zu diesem Zeitpunkte bei der Gemeindekrankenversicherung P. versichert gewesen sei, wurde nun allerdings von den beiden Vorinstanzen angenommen; der Kgl. Verwaltungsgerichtshof vermag jedoch in dieser Beziehung der Rechtsauffassung der Vorinstanzen sich nicht anzuschließen.

Da Fl. für Holzfällungsarbeiten (und wohl noch für sonstige kleinere hiermit zusammenhängende Arbeiten, wie Abästen der gefällten Baumstämme) eingestellt war und diese Arbeiten ausschließlich im Gemeindebezirk P. vorzunehmen waren, hat sich die Frage der Krankenversicherung des Genannten lediglich nach den für die Gemeinde P. maßgebenden versicherungsrechtlichen Verhältnissen zu beantworten.

Für die Gemeinde P. ist nun eine Erstreckung der Krankenversicherung auf (land- und) forstwirtschaftliche Arbeiter auf Grund des § 2 Ziff. 6 KVG. nicht erfolgt.

Da ferner in dieser Gemeinde eine sogenannte Dienstbotenkrankenkasse (im Sinne des Art. 12 mit Art. 21) des Armengesetzes errichtet ist, so kann hieraus ohne weiteres gefolgert werden, daß für diese Gemeinde auch Erstreckungsbeschlüsse auf Grund des Art. 2 Abs. 2 des Ausführungsgesetzes vom 26. Mai 1892 nicht bestehen. Übrigens wurde auch seitens des Vertreters der Gemeinde P. in der Verhandlungstagfahrt vom 10. März 1913 ausdrücklich anerkannt, daß die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter dieser Gemeinde zur sogenannten Dienstbotenkrankenkasse gehören.

Fl. würde sohin aus Anlaß des vorerwähnten Beschäftigungverhältnisses nur unter der Voraussetzung der Gemeindekrankenversicherung P. angehört haben, wenn angenommen werden könnte, daß er durch diese Beschäftigung gewerblicher Arbeiter im Sinne des § 1 Ziff. 2 KVG. geworden wäre.

In der Tat gehen die beiden vorinstanziellen Beschlüsse — der bezirksamtliche Beschluß allerdings ohne nähere Begründung — von dieser Annahme aus; im Regierungsbescheide ist in dieser Beziehung folgendes bemerkt:

„Die Tätigkeit des Fl. bestand im wesentlichen im Fällen von Holz und erstreckte sich nur auf solche Arbeiten, welche die Bereitstellung des Holzes zum Verkaufe oder Verbrauche bezweckten. Solche an sich forstwirtschaftliche Arbeiten sind als Arbeiten im Gewerbebetriebe dann zu erachten, wenn der Holzfällungsbetrieb mit einem Handelsgewerbe verbunden ist, dessen Inhaber im Handelsregister eingetragen ist (vgl. Entsch. des VGH. vom 12. Februar 1906, Sammlg. Bd. 17 S. 53)."

Was nun zunächst die von der Vorinstanz in Bezug genommene Entscheidung vom 12. Februar 1906 anlangt, so wurde mit dieser Entscheidung lediglich ausgesprochen, daß Arbeiter, welche im Auftrage eines Gewerbetreibenden das von diesem für seinen Gewerbebetrieb aufgekaufte Holz nach dessen Fällung und Aufarbeitung, wenn auch noch im Walde „zusammenzuziehen und abzuschlitten" haben, als gewerbliche Arbeiter im Sinne des § 1 Nr. 2 KVG. zu erachten sind.

Allerdings wurde in der Begründung dieser Entscheidung u. a. auch auf die durch § 1 Nr. 7 GUVG. vom 30. Juni 1900 — gegenüber der bis dahin maßgebend gewesenen Unfallversicherungsgesetzgebung — eingetretene Änderung der Rechtslage hingewiesen und hierbei bemerkt, daß nach dem nunmehrigen Stande der Gesetzgebung „wenigstens unter bestimmten Voraussetzungen" sogar Holzfällungsbetriebe nicht mehr als forstwirtschaftliche Betriebe zu gelten haben; allein diese Bemerkung erfolgte im unmittelbaren Anschlusse an die Darlegung der Grundsätze, welche bis dahin nach der Rechtsübung der Instanzen der Unfallversicherung für das Gebiet dieser Versicherung als maßgebend erachtet worden waren.

Daß diesem Erwägungsgrunde eine unmittelbar und ausnahmslos auch auf das Gebiet der Krankenversicherung zurückwirkende Bedeutung nicht beigelegt werden wollte, ergibt sich aus den nach dieser Entscheidung ergangenen weiteren Entscheidungen des Gerichtshofes, so u. a. aus der Entscheidung vom 31. Dezember 1906 Nr. 76 III/06, Kurkosten für den Taglöhner Johann M. von Bubach betr. (auszugsweise abgedruckt bei Reger, Entsch. Bd. 27 S. 249) und aus der Entscheidung vom 28. Oktober 1912 Nr. 62 III/12, Krankenversicherung für den Taglöhner Georg S. von Rehweiler betr. Insbesondere wurde in der erstangezogenen Entscheidung, die gleichfalls auf einen von einer Holzhandlungsfirma mit Holzfällungsarbeiten beschäftigten Arbeiter Bezug hat, ausdrücklich ausgesprochen, daß die wenn auch von Gewerbetreibenden und für die Zwecke ihres Gewerbebetriebs, jedoch lediglich zur Fällung (nicht auch zum Transporte) von Holz eingestellten Arbeiter als forstwirtschaftliche Arbeiter zu erachten sind.

Auch in der zweiterwähnten Entscheidung (vom 28. Oktober 1912) wurde die gleiche Rechtsauffassung zur Geltung gebracht und hierbei im Anschlusse an eine frühere Entscheidung des Gerichtshofs vom 15. Oktober 1894 (Sammlg. Bd. 16 S. 30) begründend bemerkt, daß die Holzfällung als „Aberntung des Holzwuchses des Waldes" sich darstelle und daß deshalb die Holzfällungsarbeiten, auch wenn solche auf Rechnung eines Holzhändlers (als

Digitized by Google

Käufers des auf dem Stamme stockenden Holzes) erfolgen, als forstwirtschaftliche Arbeiten zu erachten seien; auch ein vertragsmäßig an die Stelle des Waldeigentümers sich setzender Holzhändler erzeuge gewissermaßen erst die Güter, die er dann in den Verkehr bringe und veräußere.

Diese Gesichtspunkte treffen aber auch nach Erlaß des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes vom 30. Juni 1900 noch vollständig zu, denn die Bestimmung in § 1 Nr. 7 dieses Gesetzes verfolgt keineswegs den Zweck, die Holzfällungsarbeiten allgemein der rechtlichen Eigenschaft als forstwirtschaftliche Arbeiten zu entkleiden, die Zweckbestimmung dieser Gesetzesstelle geht vielmehr, wie aus den bezüglichen Gesetzgebungsverhandlungen (vgl. hierher Sammlg. Bd. 27 S. 54—55) sich ergibt, dahin, gewisse größere und daher für die Unfallversicherung besonders in Betracht kommende Holzfällungsbetriebe — nämlich die mit einem Handelsgewerbe verbundenen Holzfällungsbetriebe von in das Handelsregister eingetragenen Unternehmern — der Unfallversicherung seitens der (land- und) forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften zu entziehen und diese Betriebe mit Rücksicht auf deren Umfang und die Eigenschaft ihrer Unternehmer als Handelsgewerbetreibender, den zuständigen gewerblichen Berufsgenossenschaften zu überweisen; die Einbeziehung der in solchen Holzfällungsbetrieben beschäftigten Arbeiter in die gewerbliche Unfallversicherung erfolgte sohin nicht in Anerkennung der gewerblichen Natur der von ihnen vorzunehmenden Arbeit, sondern wegen des gewerblichen Charakters der Unternehmer dieser Betriebe.

Für das Gebiet der Krankenversicherung können aber Erwägungen dieser Art nicht in Betracht kommen; denn einerseits ist die Krankenversicherung nicht auf berufsgenossenschaftlicher Grundlage organisiert und anderseits enthält § 2 Abs. 1 Ziff. 6 KVG. keinerlei Bestimmungen nach Art des § 1 Ziff. 7 GUVG., d. i. keinerlei Beschränkung der Anwendbarkeit dieser Ziffer auf nichtgewerbliche Unternehmer. Hierzu kommt noch, daß — im Gegensatze zu der berufsgenossenschaftlichen Unterstützungspflicht — die Krankenversicherungseinrichtungen für Erkrankungen jeder Art (nicht bloß für durch Betriebsunfälle veranlaßte Erkrankungen) aufzukommen haben, wie denn auch im vorliegenden Streitfalle eine Erkrankung in Frage steht, die nicht durch einen bei der Holzfällung erlittenen Unfall veranlaßt war.

Mag sohin immerhin, wie dies in der Entscheidung des Gerichtshofs vom 12. Februar 1906 geschehen ist, die Bestimmung in § 1 Nr. 7 GUVG. vom 30. Juni 1900 zur Begründung der Annahme mit herangezogen werden, daß Holzabfuhrarbeiten, falls solche auf Rechnung von Gewerbetreibenden und für deren gewerbliche Zwecke erfolgen, auch insoweit die Holzabfuhr noch innerhalb des Forstgrundstückes sich bewegt, nicht mehr als forstwirtschaftliche Arbeiten zu gelten haben, so kann doch keinesfalls allein aus der angezogenen Gesetzesstelle die gleiche Folgerung bezüglich derjenigen Arbeiten abgeleitet werden, die erst die Loslösung des Holzes von dem Forstgrundstück bezwecken.

Daß die lediglich zur Holzfällung (im Gegensatze insbesondere zur Abfuhr des Holzes) eingestellten Arbeiter auch dann, wenn sie von Gewerbetreibenden beschäftigt sind, als forstwirtschaftliche Arbeiter zu erachten sind, ist übrigens auch in der Rechtsprechung anerkannt (vgl. hierher Hahn, Krankenversicherungsgesetz, 6. Aufl. S. 52, Schlußsatz der Anm. 7, ferner Hoffmann, Krankenversicherungsgesetz, S. 53, welcher Autor auch jetzt noch sogar die Holzabfuhr unter Umständen zur forstwirtschaftlichen Arbeit zählt).

Da sohin Fl. als forstwirtschaftlicher Arbeiter tätig war und solche Arbeiter in der Gemeinde P. der Krankenversicherung nicht unterliegen, bestand weder für die Gemeindekrankenversicherung dieser Gemeinde die Verpflichtung zur Gewährung irgendwelcher Unterstützungen an Fl. noch auch anderseits für die Firma G. A. Pf. die Verpflichtung, den Fl. bei dieser Gemeindekrankenversicherung, selbst oder durch einen Beauftragten, anzumelden.

Hieraus ergibt sich im weiteren, daß der Gemeindekrankenversicherung P. gegenüber der genannten Firma ein Anspruch auf Erstattung der von ihr anläßlich der Erkrankung des Fl. ohne Verpflichtung gemachten Aufwendungen auf Grund des § 50 KVG. nicht zusteht; der von dieser Gemeindekrankenversicherung gegen die Firma G. A. Pf. erhobene Erstattungsanspruch war daher als unbegründet abzuweisen.

Bemerkt mag hier noch sein, daß zu einem weiteren, auf die Nichtverpflichtung der Gemeindekrankenversicherung P. zur Leistung von Krankenunterstützung an Fl. sich erstreckendem Ausspruche auch nicht etwa mit Rücksicht auf den in der Entscheidung des Gerichtshofes vom 8. Juli 1889 (Sammlg. Bd. 11 S. 276) aufgestellten und seither wiederholt zur Anwendung gebrachten Rechtsgrundsatz (vgl. z. B. Sammlg. Bd. 26, S. 228) ein Anlaß bestand, nachdem die Gemeindekrankenversicherung P. die Unterstützungsansprüche des Fl. vorbehaltlos anerkannt und befriedigt hat und demnach auch von den Vorinstanzen eine Entscheidung nach dieser Richtung nicht erfolgt ist und nicht zu erfolgen brauchte. (Breithaupt.)

Anmerkung: Für das Recht der Reichsversicherungsordnung ebenso Hahn, Handb. der Krankenverf. I S. 591 Anm. 3 zu § 417 RVO.

Digitized by Google

Ortslöhne.

Erlaß der preuß. Minister für Handel usw. und für Landwirtschaft usw. vom 18. August 1913.

Nach Art. 1 der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912 (RGBl. S. 439) treten am 1. Januar 1914 die Vorschriften der §§ 149 bis 152 RVO. über die Festsetzung der Ortslöhne in Kraft. Die Maßnahmen, die erforderlich sind, um diese Vorschriften zu diesem Zeitpunkt in Wirksamkeit treten zu lassen, sind sofort in Angriff zu nehmen. Die jetzt festgesetzten Ortslöhne gelten für das Jahr 1914; nach § 151 ist alsdann für einen weiteren Zeitraum von vier Jahren, am 1. Januar 1915 beginnend, eine Neufestsetzung vorzunehmen. Bei der nach § 149 Abs. 2 vorgeschriebenen Anhörung der Vorstände der beteiligten Krankenkassen ist zu beachten, daß Krankenkassen, deren Auflösung oder Schließung zum 31. Dezember 1913 rechtskräftig feststeht, nicht mehr als beteiligt anzusehen sind. Dagegen sind die Vorstände der neu zu errichtenden allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen, sofern sie schon gewählt sind, zu hören.

Bei Festsetzung der Ortslöhne ist nach folgenden Grundsätzen zu verfahren:

1. Für jeden Bezirk müssen wenigstens sechs Lohnsätze festgestellt werden, und zwar für Männer unter 16 Jahren, für Männer von 16 bis zu 21 Jahren und für Männer über 21 Jahre, ferner für Frauen unter 16 Jahren, für Frauen von 16 bis zu 21 Jahren und für Frauen über 21 Jahre. Für Bezirke, in denen die Lohnverhältnisse der unter 16 Jahren alten gewöhnlichen Tagarbeiter (Jugendlichen) erhebliche Verschiedenheiten aufweisen, je nachdem es sich um „junge Leute“ zwischen 14 und 16 Jahren oder um „Kinder“ unter 14 Jahren handelt, sind getrennte Festsetzungen zulässig, wobei dann wiederum zwischen Männern und Frauen zu unterscheiden ist. Lehrlinge zählen zu den „jungen Leuten“ (RVO. § 150 Abs. 1 u. 2). Hiernach dürfen für die einzelnen Bezirke insgesamt acht Festsetzungen getroffen werden; weitere Unterscheidungen sind nicht zulässig.
2. Der Ortslohn ist in der Regel einheitlich nach dem Durchschnitt für den ganzen Bezirk jedes Versicherungsamts festzusetzen. Ausnahmen sind hiervon nur dann zulässig, wenn die Lohnhöhe in einzelnen Ortschaften oder zwischen Stadt und Land erheblich abweicht (RVO. § 150 Abs. 3).
3. Bei der Festsetzung ist nur der Tagesentgelt solcher Versicherten zugrunde zu legen, welche Arbeiten, die eine besondere Vorbildung oder besondere technische Fertigkeiten nicht erfordern, als gewöhnliche Tagarbeiter verrichten. Es scheiden dabei also insbesondere alle sogenannten gelernten Arbeiter aus. Arbeiter, die in einem festen, für längere Zeit abgeschlossenen Dienstverhältnis zu einem bestimmten Arbeitgeber stehen, können als „gewöhnliche Tagarbeiter“ in der Regel nicht angesehen, bei Ermittlung der hier in Betracht kommenden Lohnsätze also nicht mitberücksichtigt werden. Der Lohn von Lehrlingen bleibt außer Ansatz, weil Lehrlinge keine „gewöhnlichen Tagarbeiter“ sind. Wenn das Gesetz vorschreibt, daß Lehrlinge zu den jungen Leuten zählen, so bezieht sich dies nur auf die Anwendung der festgesetzten Sätze und nicht auf die Festsetzung selbst.
4. Die Ortslöhne sind nach Maßgabe des Tagesentgelts festzusetzen, der den gewöhnlichen Tagarbeitern (Ziff. 3) tatsächlich gewährt zu werden pflegt. In solchen Bezirken, wo der Tagelohn in den einzelnen Jahreszeiten verschieden ist, sind die wirklichen Tagesentgelte für 300 Werktage zusammenzuzählen und durch 300 zu teilen.
5. Dem in barem Gelde gewährten Gehalt oder Lohn ist der Wert der Gewinnanteile, Sach- und anderen Bezüge (Trinkgelder, Rollgelder, Aufmunterungsgelder für Lehrlinge, Beköstigung usw.) hinzuzurechnen, die der gewöhnliche Tagarbeiter, wenn auch nur gewohnheitsmäßig, statt des Gehalts oder Lohnes oder neben ihm von dem Arbeitgeber oder einem Dritten erhält (RVO. § 160). Auf längere Dauer berechnete Sachbezüge, wie freie Wohnung, Ackernutzung usw., werden hierbei selten in Betracht kommen, weil diese in der Regel nur für Arbeiter in ständigem Dienstverhältnis gewährt zu werden pflegen. Der Wert der Sachbezüge ist nach den durchschnittlichen Ortspreisen (RVO. § 160 Abs. 2) zu berechnen und nach einem Jahresdurchschnitt zu schätzen. Den baren Lohn haben die Gemeindebehörden gesondert von dem Werte der Sach- und anderen Bezüge anzugeben.

Die Festsetzungen des Ortslohns sind durch das Regierungsamtsblatt und durch die zur Veröffentlichung von Bekanntmachungen der Versicherungsämter bestimmten Blätter zu veröffentlichen, dabei ist darauf hinzuweisen, von welchem Tage ab die neuen Sätze gelten.

Digitized by Google

Wahl der Organe der Krankenkassen.

a) Bekanntmachung des **Reichskanzlers** vom 11. Juli 1913 (RGBl. S. 577); b) des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 22. Juli 1913.

a)

Auf Grund des Art. 100 Einf.G. z. RVO. hat der Bundesrat folgendes bestimmt:

I.

1. Bei neuerrichteten allgemeinen Ortskrankenkassen stellt für die ersten Wahlen der Vertreter im Ausschuß das Versicherungsamt Wählerlisten, getrennt für die Arbeitgeber und die Versicherten, auch dann auf, wenn die Wahlordnung die Aufstellung solcher Listen nicht vorsieht. In der Wählerliste für die Arbeitgeber ist auch die Zahl der den einzelnen Wahlberechtigten nach der Satzung zukommenden Stimmen zu vermerken.

2. Das Versicherungsamt fordert die Wahlberechtigten durch öffentliche Bekanntmachung auf, sich zur Eintragung in diese Wählerlisten zu melden. Eine besondere Benachrichtigung der einzelnen Wähler findet nicht statt, auch wenn die Wahlordnung sie vorschreibt.

3. Soweit sich Wahlberechtigte nicht rechtzeitig gemeldet haben, kann die Wahl nicht aus dem Grunde angefochten werden, daß diese Personen nicht in die Wählerliste aufgenommen sind.

4. Die oberste Verwaltungsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde kann das Nähere bestimmen. Sie kann insbesondere bestimmen, wieweit Wahlberechtigte, die nicht in die Wählerlisten eingetragen sind, gleichwohl bei gehörigem Ausweis über ihre Wahlberechtigung zur Wahl zuzulassen sind, und wie dieser Ausweis erbracht werden kann.

5. Die vorstehenden Anordnungen gelten auch für die durch die Reichsversicherung neu in die Krankenversicherung einbezogenen Mitglieder der nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. ausgestalteten allgemeinen Ortskrankenkassen und für die Arbeitgeber dieser Mitglieder. Die oberste Verwaltungsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde kann Abweichungen anordnen oder zulassen.

II.

1. Soweit bei neuerrichteten allgemeinen Ortskrankenkassen die Vertreter im Ausschuß oder die Mitglieder oder der Vorsitzende des Vorstandes am 1. Oktober 1913 noch nicht gewählt sind, nimmt das Versicherungsamt ihre Geschäfte selbst oder durch Beauftragte bis zum Zustandekommen der Wahl wahr.

2. Verträge, die das Versicherungsamt oder seine Beauftragten für diese Kassen mit deren Angestellten sowie mit Aerzten, Zahnärzten und -technikern, Krankenhäusern, Apotheken u. dgl. abschließen, kann der gewählte Kassenvorstand, sofern der Vertrag keinen früheren Termin vorsieht, mit dreimonatiger Frist zum 1. Oktober 1914 kündigen. Ein späterer Kündigungstermin soll nur im Notfall vereinbart werden; seine Vereinbarung bedarf der Zustimmung des Oberversicherungsamts.

3. Bei Streit zwischen den Kassenorganen und dem Versicherungsamt oder seinen Beauftragten über diese Geschäftsführung entscheidet das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) endgültig.

4. Die oberste Verwaltungsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde kann das Nähere bestimmen.

III.

1. Alle aus der Durchführung der vorstehenden Bestimmungen entstehenden Kosten trägt die Krankenkasse.

2. Bei Streit setzt das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) die Kosten endgültig fest.

b)

Ich weise darauf hin, daß bei allen zugelassenen Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen die bisherigen Kassenorgane die Wahl der neuen nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu wählenden Organe zu leiten und daher auch den Beginn der Wahl zu bestimmen haben. Dies gilt auch für diejenigen Ortskrankenkassen, welche nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. zu allgemeinen Ortskrankenkassen ausgestaltet werden. Diese Krankenkassen sind auf Nr. I 5 der Bekanntmachung vom 11. ds. Mts. (RGBl. S. 577) und die etwa zugelassenen oder angeordneten Abweichungen hinzuweisen. Die bisherigen Krankenkassenorgane sind auch berechtigt und verpflichtet, die nötigen Vorarbeiten vorzunehmen, damit die Kassen vom 1. Januar 1914 ab den neuen Vorschriften entsprechend ihre Obliegenheiten in vollem Umfange wahrnehmen können. Nach der Bekanntmachung vom 8. November 1912 (ZBl. f. d. D. R. S. 817) ist die Amtsdauer der alten Organe bis zum 30. Juni 1914 verlängert worden. Es empfiehlt sich indessen, auf einen so zeitigen Beginn der Wahlen hinzuwirken, daß die neuen Organe möglichst am 1. Januar 1914 ihr Amt antreten können. Unbedingt nötig ist dies bei Krankenkassen, bei denen die Generalversammlung aus allen Mitgliedern besteht (vgl. Erlaß vom 4. Dezember 1912, HMBl. S. 558). Dabei ist zu beachten, daß die nach den Grundsätzen der Verhältniswahl vorzunehmenden Wahlen zu den Ausschüssen und Vorständen für Krankenkassen, wenn die Bestimmungen der vom Bundesrat aufgestellten Musterwahlordnungen zugrunde gelegt werden, selbst bei sonst glattem Verlaufe der Wahl, nicht unter je 10 bis 12 Wochen zu erledigen

Digitized by Google

sind. Da auch die Wahl des Vorsitzenden noch einige Zeit erfordert, muß jedenfalls bei diesen Kassen mit den Wahlen sobald als möglich begonnen werden. Ihre Satzungen sind daher mit besonderer Beschleunigung zu genehmigen.

Bei neu zu errichtenden allgemeinen Ortskrankenkassen leitet das Versicherungsamt die erste Wahl. Auf Nr. I der Bekanntmachung vom 11. d. Mts. (RGBl. S. 577) über die Durchführung der Wahlen durch das Versicherungsamt weise ich besonders hin. Mit den Vorarbeiten ist sofort zu beginnen und die Wahl selbst nach Genehmigung der Satzung einzuleiten. Soweit die Wahlen nicht rechtzeitig beendigt werden können, nimmt nach Nr. II dieser Bekanntmachung das Versicherungsamt selbst oder durch Beauftragte die Geschäfte der Kasse wahr. In Ausführung der Bekanntmachung übertrage ich die nach Nr. I 4, 5, II 4 der obersten Verwaltungsbehörde zustehenden Befugnisse den Vorsitzenden der Oberversicherungsämter mit der Maßgabe, daß

1. Wahlberechtigte, die nicht in die Wählerliste aufgenommen sind, zur Wahl zuzulassen sind, wenn sie in einer alle Mitglieder des Wahlausschusses überzeugenden Weise ihre Wahlberechtigung nachweisen;
2. die staatlichen Versicherungsämter die ihnen nach Nr. II der Bekanntmachung zustehenden Geschäfte in der Regel durch Beauftragte wahrzunehmen haben.

Bei Anberaumung der Wahl ist unbeschadet der Fristen, bis zu denen die Wahlen beendet sein müssen, darauf Rücksicht zu nehmen, daß den Beteiligten genügend Zeit gelassen wird, sich über die zu wählenden Personen schlüssig zu machen und ordnungsmäßige Vorschlagslisten einzureichen. Bei zugelassenen Kassen empfiehlt es sich aus diesem Grnnde gleichfalls nicht, im Aufsichtsweg auf eine übermäßige Beschleunigung der Wahl hinzuwirken.

Die Organe der Landkrankenkassen haben nach der Bekanntmachung vom 4. November 1912 (HMBl. S. 545) in Landkreisen der Kreistag, in Städten die Stadtverordnetenversammlung und in Landgemeinden die Gemeindeversammlung oder die Gemeindevertretung zu wählen. Die Wahlen sind nach Genehmigung der Satzung möglichst bald und jedenfalls so zeitig vorzunehmen, daß die Organe der Landkrankenkasse spätestens im Monat Oktober d. J. mit der Einrichtung der Krankenkasse beginnen können.

Ich setze als selbstverständlich voraus, daß bei aller gebotenen Eile die Satzungen sorgfältig geprüft und nur dann genehmigt werden, wenn ihre Bestimmungen den gesetzlichen Vorschriften entsprechen.

Gleichwertigkeit der Leistungen.

Erlaß des preuß. Ministers für Handel und Gewerbe vom 16. August 1913. (HMBl. S. 540.)

Einer Anregung des Herrn Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) entsprechend ist in dem Erlaß vom 13. März ds. Js. (HMBl. 135) die Anordnung getroffen worden, daß den einzelnen Krankenkassen, die ihre Zulassung beantragt haben, die Leistungen der maßgebenden allgemeinen Ortskrankenkasse sofort mitzuteilen sind, damit die Kassen in der Lage seien, noch vor der Entscheidung des Versicherungsamts (§ 259 Abs. 1) die Frage der Gleichwertigkeit der Leistungen zu prüfen und gegebenenfalls diese Gleichwertigkeit herbeizuführen. Diese Anordnung wurde durch die Erwägung begründet, daß die fraglichen Krankenkassen verpflichtet seien, schon vom 1. Januar 1914 ab Leistungen, die den Leistungen der allgemeinen Ortskrankenkassen gleichwertig seien, zu gewähren. Wie aus dem in Abschrift beigefügten Schreiben des Herrn Reichskanzlers vom 15. v. M. hervorgeht, ist diese Erwägung nicht zutreffend, da die sechsmonatige Frist, innerhalb der die Leistungen der zugelassenen Krankenkassen gemäß § 240 Nr. 3, § 255 Nr. 2, § 256 Nr. 2 gleichwertig gemacht werden müssen, erst vom 1. Januar 1914 ab läuft. Da aber nach § 260 Mehrleistungen der allgemeinen Ortskrankenkasse erst berücksichtigt werden dürfen, wenn sie ein Jahr gelten, so sind die zugelassenen Krankenkassen berechtigt, die Regelleistungen bis zum 1. Juli 1915 zu gewähren. Dies gilt auch dann, wenn die zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltete Ortskrankenkasse schon jahrelang vor dem 1. Januar 1914 Mehrleistungen gewährt hat.

Nach den gleichen Grundsätzen ist gegenüber Betriebs- und Innungskrankenkassen zu verfahren (§ 248 Ziff. 2, § 251 Ziff. 2), die zum 1. Januar 1914 oder zu einem späteren Zeitpunkt errichtet werden sollen.

Der hier erwähnte Erlaß des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) vom 15. Juli 1913 hat folgenden Wortlaut:

Auch mir erscheint eine einheitliche Auslegung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Gleichwertigkeit der Leistungen bei den Krankenkassen für das ganze Reich zweckmäßig.

Im Einverständnis mit Euerer Exzellenz nehme ich an, daß es sich frühstens am 1. Januar 1915 übersehen lassen wird, ob die Mehrleistungen der maßgebenden Kasse, die noch kein volles Jahr gelten, nur auf Kosten der Rücklage oder durch eine unzulässige Erhöhung der Beiträge ermöglicht worden sind (§ 260 RVO.). Demnach bin auch ich der Meinung, daß die Frist von 6 Monaten, innerhalb welcher die satzungsmäßigen Leistungen der Betriebskrankenkassen denen der maßgebenden

Digitized by Google

Krankenkasse mindestens gleichwertig zu machen sind, erst mit dem 1. Januar 1915 zu laufen beginnt und am 30. Juni 1915 ihr Ende erreicht. Dabei gehe ich davon aus, daß schwankende Leistungen der maßgebenden Kasse nur berücksichtigt werden, soweit sie das volle Jahr hindurch in Geltung waren. Die einjährige Frist des § 260 wird erst frühestens vom 1. Januar 1914 ab berechnet werden können, weil es bei dieser Vorschrift auf die Zeit ankommt, während deren die Leistungen tatsächlich gewährt werden und es vor diesem Zeitpunkt an einer „maßgebenden" Kasse fehlt. Sollte eine Kasse bereits im Jahre 1913 ihre nach der Reichsversicherungsordnung zu gewährenden satzungsmäßigen Leistungen festgesetzt haben, so kann die auf dieses Jahr fallende Zeit nicht berücksichtigt werden, weil die tatsächliche Gewährung der Leistungen erst mit dem 1. Januar 1914 in Wirksamkeit tritt.

Eine solche Regelung empfiehlt sich meines Erachtens nicht nur für neu errichtete allgemeine Ortskrankenkassen, sondern aus Zweckmäßigkeitsrücksichten auch für die auf Grund des Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. ausgestalteten gemeinsamen Ortskrankenkassen. Dafür spricht auch die Erwägung, daß § 260 RVO. nur solche Leistungen der maßgebenden Kasse voraussetzt, welche auf Grund der Reichsversicherungsordnung — d. h. vom 1. Januar 1914 an — zu gewähren sind.

Anmerkung; Durch diese beiden Erlasse haben die Ausführungen, welche Hahn zuerst in der „Betriebskrankenkasse" und demnächst auch in der Arb.-Versorgg. S. 534 ff. veröffentlicht hat, volle Anerkennung erhalten.

C. Zur Unfallversicherung.

(G.) **Zur Frage der Unfallversicherung kaufmännischer Angestellter bei Verrichtungen im technischen Betrieb.**
Entscheidung des **Großen Senats des Reichsversicherungsamts** vom 14. Juni 1913.

Die Frage, ob kaufmännische Angestellte als im Betriebe tätig und somit unter die staatliche Unfallversicherung fallend anzusehen sind, ist in der Praxis eine der umstrittensten und führt beim Vorliegen eines Unfalls fast regelmäßig dazu, daß Ansprüche geltend gemacht, von der Berufsgenossenschaft abgelehnt und dann bis zur höchsten Instanz, dem Reichsversicherungsamt, durchgefochten werden. Obwohl das Reichsversicherungsamt in den älteren prinzipiellen Entscheidungen ausdrücklich seinen Standpunkt dabei festgelegt hatte, daß die Bestimmungen des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes auf im Bureau usw. beschäftigte, kaufmännisch geschulte Personen, sofern sie lediglich mit Buchhaltung, Rechnungswesen, Briefwechsel u. dgl. betraut sind und Verrichtungen im Betriebe nicht auszuüben haben, keine Anwendung finden, wird immer wieder der Versuch gemacht, die unfallbringende Beschäftigung als eine im ausschließlichen oder überwiegenden Interesse des gewerblichen Betriebes geleistete, demnach versicherungspflichtige, hinzustellen, um daraus dann die Entschädigungsverpflichtung der Berufsgenossenschaft herzuleiten. Ein Beispiel für einen solchen Versuch, der aber Erfolg hatte, gibt uns die in den Amtlichen Nachrichten veröffentlichte Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. 1912 S. 717 Ziff. 2535), wonach ein kaufmännischer Angestellter bei der Auszahlung des Lohnes an die Arbeiter innerhalb der Betriebsräume als versicherte Person im Betriebe tätig ist. Das Reichsversicherungsamt führt darüber folgendes in den Gründen aus:

„Der Kläger ist an sich den kaufmännischen Angestellten zuzurechnen. Als solcher hatte er allerdings in der Hauptsache in den Bureauräumen der Fabrik zu tun. Er war jedoch nicht selten genötigt, bei Ausübung der ihm übertragenen Tätigkeit auch die eigentlichen Betriebsräume zu betreten, so namentlich zum Zwecke der Auszahlung des Lohnes an die Arbeiter, da es sich vor allem bei dieser letzteren Tätigkeit nicht nur um eine gelegentliche, sondern um eine ziemlich häufig und regelmäßig wiederkehrende Beschäftigung von nicht geringer Dauer handelt — die Lohnzahlung fand jeden Sonnabend statt und dauerte nach den eigenen, nicht unglaubwürdigen Angaben des Klägers jedesmal etwa zwei Stunden —, so muß der Kläger bei dieser Tätigkeit als eine in dem Betriebe selbst beschäftigte und daher für die Dauer dieser Verrichtung als eine versicherte Person angesehen werden."

Die Veröffentlichung dieser Entscheidung (in den amtlichen Nachrichten, die der konstanten Rechtsprechung gegenüber als abwegig zu bezeichnen ist), muß bei den beteiligten Kreisen die falsche Ansicht aufkommen lassen, daß der Standpunkt des Reichsversicherungsamts in der beregten Frage ein anderer, für die kaufmännischen Angestellten günstigerer geworden ist, als nach ihr rein der Ort der Tätigkeit, nicht die Art der unfallbringenden Verrichtung für die Entscheidung als maßgebend zu erachten ist. Dem ist jedoch nicht so, wie eine Entscheidung des Großen Senats vom 14. Juni 1913 — I a 16245/11 9 A — beweist, die im nachfolgenden in der Hauptsache wiedergegeben wird.

Ihr liegt folgender Tatbestand zugrunde: Die Kontoristin war in der bei der Berufsgenossenschaft versicherten Glas-, Bilder- und Rahmenfabrik beschäftigt. Sie hatte in der zum Betriebe gehörigen Gürtlerwerkstätte mit einem dort an der Drehbank arbeitenden Meister wegen der An- und Abmeldung von Arbeitern zur Krankenkasse Rücksprache zu nehmen, als plötzlich ein Stück Holz von der Drehbank absprang und ihr eine Verletzung an der Nase und am rechten Auge beibrachte. Die Verletzte stellte Ansprüche, wurde aber von der Berufsgenossenschaft ablehnend beschieden. Die hiergegen eingelegte Berufung wurde zurückgewiesen. In den Gründen der Entscheidung wurde angeführt, daß das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz auf die lediglich mit nur kaufmännischen Arbeiten beschäftigte Personen keine Anwendung zu finden habe, daß solche Personen auch dann nicht versichert seien, wenn sie sich gelegentlich, um Aufträge auszurichten innerhalb der eigentlichen Fabrikräume aufhielten, ohne dabei Verrichtungen im technischen Teil des Betriebes auszuüben.

Gegen dieses Urteil hatte die Klägerin rechtzeitig Re-

Digitized by Google

kurs eingelegt mit dem Antrage, die Berufsgenossenschaft zur Entschädigungsleistung zu verurteilen. Zur Begründung des Rekurses wurde ausgeführt: Die unfallbringende Verrichtung könne nicht als eine rein kaufmännische Tätigkeit angesehen werden. Sie müsse, da sie im Interesse des versicherten Betriebs vorgenommen sei, als eine versicherte Betriebstätigkeit gelten. Da überdies der Unfall sich auf der Betriebsstätte zugetragen habe und durch Betriebsmittel verursacht worden sei, so liege ein von der Beklagten zu entschädigender Unfall vor, und zwar um so mehr, als die Klägerin während ihrer Beschäftigung bei der Firma vielfach den Gefahren des technischen Betriebs ausgesetzt gewesen sei. Sie habe Gegenstände, die von den Kunden zur Reparatur gegeben worden seien, den Abteilungsmeistern in die verschiedenen Werkstätten bringen, an den Sonnabenden jeder Woche die Lieferscheine von den Meistern einsammeln, an den Zahltagen wiederholt die für die Arbeiter bestimmten Löhne den Meistern in den Fabrikräumen übergeben, kurz regelmäßig die Werkstätten zur Erledigung ihrer Aufträge betreten müssen.

Der für die Verhandlung und Entscheidung zunächst zuständige Rekurssenat wollte nun die Klägerin als nicht versichert ansehen. Er hielt die Rückfrage in der Werkstatt für eine kaufmännische Verrichtung und verneinte die Anwendung des § 3 des GUVG. weil die Klägerin hauptsächlich mit kaufmännischen Arbeiten beschäftigt gewesen sei. Der Senat hatte aber Zweifel, ob er nicht durch eine dahin gehende Entscheidung mit der oben zitierten Rekursentscheidung 2535 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 717) — Pr. L. 3463/1910 — in Widerspruch treten würde. Der Senat glaubte diese Entscheidung dahin verstehen zu sollen, daß schon jede einigermaßen dauernde, regelmäßig wiederkehrende Tätigkeit innerhalb der Betriebsräume durch eine an sich den kaufmännischen Angestellten zuzurechnende Personen, soweit überhaupt ein gewisser Zusammensammenhang mit dem Betriebe besteht, als versichert gelten solle. Dieser Auffassung, die auch im vorliegenden Falle zur Anerkennung des Entschädigungsanspruchs der Klägerin hätte führen müssen, wollte der zunächst zuständige Senat nicht folgen. Er hatte deshalb gemäß § 17 des Gesetzes, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, vom 30. Juni 1900 die Verweisung an den Erweiterten Senat beschlossen. Es wurde erkannt, wie folgt:

„Der nach Art. 97 RVO. für die Entscheidung zuständige Große Senat ist hinsichtlich der Auslegung des in der Rekursentscheidung 2535 enthaltenen Rechtsatzes der Ansicht des verweisenden Senats gefolgt. Die Rechtsauffassung der erwähnten Rekursentscheidung findet in der Tat weder im Gesetze noch in der bisherigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts eine hinreichende Stütze.

Wie nach dem Ergebnisse der Beweisaufnahme nicht zweifelhaft ist, gehörte die Klägerin zur Zeit des Unfalls zu den kaufmännischen Angestellten der Firma. Kaufmännische Angestellte fallen aber als solche nicht in den Kreis der nach § 1 GUVG. versicherten „Arbeiter und Betriebsbeamten". Hierzu sind nach der ständigen, vom Großen Senat als zutreffende anerkannten Rechtsübung des Reichsversicherungsamts nur diejenigen Personen zu rechnen, die im technischen Teile des Unternehmens tätig sind (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 67 Anm. 24 Abs. 4 zu § 1 GUVG.). Ein kaufmännischer Angestellter wird selbst dann nicht in die Versicherung einbezogen, wenn er in kaufmännischen, bureaumäßigen oder sonstigen, dem nichttechnischen Teile des Unternehmens dienenden Angelegenheiten die eigentliche Betriebsstätte betritt und hierbei den Gefahren des Betriebs, sei es auch mit einer gewissen Dauer und Regelmäßigkeit, ausgesetzt wird. Denn nach Wortlaut und Absicht der Unfallversicherungsgesetze wird die Versicherung der einzelnen Personen nicht dadurch begründet, daß sie örtlich mit den Gefahren des an sich versicherten Betriebs in Berührung kommt, sondern lediglich dadurch, daß sie als Arbeiter oder Betriebsbeamter in dem Betriebe tätig ist. Das verkennt die Rekursentscheidung 2535, die statt der Art der unfallbringenden Verrichtung den Ort der Tätigkeit für die Versicherung entscheidend sein läßt. Nur dann würde hiernach die Klägerin, auch als sonst kaufmännische Angestellte, nach § 1 GUVG. bei der unfallbringenden Verrichtung versichert gewesen sein, wenn die Tätigkeit als solche dem betriebstechnischen Teile des Unternehmens zuzurechnen wäre. Denn Personen, die wechselweise mit versicherungspflichtigen und nicht versicherungspflichtigen Arbeiten beschäftigt werden, sind hinsichtlich des erstgenannten Teils ihrer Tätigkeit als Arbeiter oder Betriebsbeamte im Sinne des § 1 GUVG. anzusehen und daher versichert (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. 1 S. 68 Anm. 24 Abs. 4 letzter Satz zu § 1 GUVG.). Dies trifft jedoch auf den vorliegenden Fall nicht zu. Die Klägerin ist verunglückt, als sie in der Gürtlerei mit einem Werkmeister über die An- und Abmeldung von Arbeitern zur Krankenkasse Rücksprache nahm. Das ist eine Tätigkeit, die der ordnungsmäßigen Durchführung des Unternehmens diente, wie die Buchhaltung, Kassenführung, Erledigung des Briefwechsels sowie ähnliche Arbeiten und schließlich jede im Interesse des Unternehmens vorgenommene Verrichtung. In den allein versicherten technischen Betrieb kann aber diese Tätigkeit ebensowenig wie die übrigen vorgenannten einbezogen werden. Sie war vielmehr eine im Bereiche der Geschäftsleitung liegende bureaumäßige und daher ihrer Natur nach unversicherte Verrichtung.

Wohl kann nach § 5 Abs. 3a GUVG. durch die Satzung den Mitgliedern der Genossenschaft die Befugnis erteilt werden, in dem Unternehmen beschäftigte, an sich unversicherte Personen, insbesondere kaufmännische Angestellte und Bureaubeamte, gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle zu versichern (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. 1 S. 238/239 Anm. 18 und 19 zu § 5 GUVG.). Das bis zum 31. Dezember 1912 geltende Statut der Berufsgenossenschaft hat auch den Unternehmern im § 61 Abs. 2

Digitized by Google

eine solche Befugnis gegeben. Indes hat die Firma zugunsten der Klägerin von dieser Befugnis keinen Gebrauch gemacht. Mithin war die Klägerin zur Zeit des Unfalls auch nicht satzungsmäßig versichert.

Es war endlich zu prüfen, ob die Klägerin etwa gemäß § 3 GUVG. versichert gewesen ist. Dies würde der Fall sein, wenn sie überwiegend mit Arbeiten beschäftigt gewesen wäre, die dem betriebstechnischen Teile des Unternehmens dienten (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. 1 S. 224 Anm. 3 zu § 3 GUVG.). Die Beweisaufnahme hat aber zweifelfrei ergeben, daß die Klägerin während ihrer Tätigkeit bei der Firma hauptsächlich mit rein kaufmännischen und bureaumäßigen Arbeiten beschäftigt war. Danach kann auch § 3 GUVG. nicht zugunsten der Klägerin Anwendung finden.

Nach alledem stand die Klägerin zur Zeit des Unfalls außerhalb des Kreises der reichsgesetzlich gegen Unfall versicherten Personen. Der Rekurs war daher zurückzuweisen".

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Versicherungspflicht einer im Haushalte der Eltern beschäftigten Tochter verneint.

Entscheidung des Versicherungsamts für den Stadtkreis Hannover vom 5. März 1913.

Die im 54. Lebensjahr stehende A. T. ist stets im elterlichen Haushalt beschäftigt gewesen. Als 1907 die Mutter starb, hatte sie sich besonders der Pflege des Vaters zu widmen, der nach einjährigem Krankenlager Ende Dezember 1911 verstorben ist. Der Vater war Kaufmann, hatte kein Vermögen und nur geringes Einkommen, war sogar angeblich von der Steuer befreit, so daß er seiner Tochter, die die Stellung einer Haushälterin oder Hausdame bei ihm bekleidete, kein Gehalt, sondern nur in kleineren Beträgen ungefähr 150 M. jährlich für Garderobe geben konnte. Nach dem Tode des Vaters hat die T. sich einige Zeit zur Erholung bei Verwandten aufgehalten, dann eine Stelle als Stütze in Harzburg gegen freie Station angenommen, die sie aber, da sie von der Pflege des Vaters noch zu überanstrengt war, nach sechs Wochen wieder aufgeben mußte. Sie wohnt jetzt in B. und arbeitet teils für Stickereigeschäfte in ihrer eigenen Wohnung, zum Teil im Haushalt ihres dort ansässigen Schwagers, wofür sie teilweise freie Beköstigung erhält. Mit Rücksicht auf die große Aufopferung und Pflege, die die T. ihrem verstorbenen Vater hat angedeihen lassen sowie in Hinsicht darauf, daß sie wegen dieser ganzen Verhältnisse keine andere Stellung annehmen konnte, haben ihre verheiratete Schwester in B. und ihre unverheiratete Schwester in P. ihr im März 1912 eine Summe von zusammen 500 M. gezahlt, die sie als Entgelt für ihre Tätigkeit in den letzten beiden Jahren vor dem Tode ihres Vaters betrachten sollte und auch dafür ansieht. Die Schwestern haben sich verpflichtet gefühlt, ihrer Schwester diese Summe zu zahlen in der Gewißheit, daß ihr verstorbener Vater es selbst getan haben würde, wenn er die Möglichkeit dazu gehabt hätte. Ein Lohnversprechen oder eine entsprechende Abrede zu Lebzeiten des Vaters ist nie gegeben oder getroffen, irgendwelche testamentarische Bestimmungen über eine bare Zuwendung an die T. aus der Hinterlassenschaft des Vaters sind nicht vorhanden. Aus diesem Grunde hat die Landesversicherungsanstalt Hannover eine Anfrage des Schwagers der T. an die Versicherungsanstalt, ob unter den gegebenen Verhältnissen eine Nachverwendung von Beitragsmarken für zwei Jahre zulässig sei, verneint. Das war im Januar 1912. Im September desselben Jahres trat die T. selbst mit dem Antrage auf Ausstellung einer Quittungskarte an die hiesige Ausgabestelle heran. Bei dieser Gelegenheit und noch bei einer späteren Vernehmung begründet die T. ihren Antrag damit, daß sie schon früher Lohnbeschäftigung in fremden Häusern ausgeführt hätte, um sich für die Zukunft zu sichern, wenn sie durch das Alter und die Krankheit der Eltern und die damit verbundenen Umstände nicht gezwungen gewesen wäre, im elterlichen Hause zu bleiben. Sie stellt den Antrag auf Entscheidung über ihre Versicherungspflicht nach § 1459 RVO. Diesem Antrage hat sich die Landesversicherungsanstalt angeschlossen. Der Schwager der T., der Medizinalrat Dr. B. in B., ist als für eine ev. Markenverwendung mit in Betracht kommender Arbeitgeber der T. zur Sache gehört; er hat den Ausführungen der Landesversicherungsanstalt widersprochen. Die Erwerbsfähigkeit der T. wird von keiner Seite angezweifelt.

Nach § 1226 RVO. sind in Uebereinstimmung mit dem früheren Invalidenversicherungsgesetz, während dessen Geltungsdauer die Beschäftigung stattfand, versicherungspflichtig und andere Gehilfen, Dienstboten, andere Angestellte in gehobener Stellung wenn sie gegen Entgelt beschäftigt werden; eine Beschäftigung, für die als Entgelt aber nur freier Unterhalt gewährt wird, ist versicherungsfrei (§ 1227). Ob die T. zu den Haushaltungsgehilfinnen, den Dienstboten oder den sonstigen Angestellten gehört, ist für die Frage ihrer Versicherungspflicht von untergeordneter Bedeutung; festzustellen ist nur, ob sie im Sinne des Gesetzes „beschäftigt" war, und ob ihre Tätigkeit „gegen Entgelt" stattfand. In seiner Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung versicherten Personen sagt das Reichsversicherungsamt in Ziffer 23 a, daß an sich eine Verwandtschaft das Zustandekommen eines Lohnarbeitsverhältnisses nicht hindere, jedoch die Frage nur nach Lage der jeweiligen Umstände zutreffend entschieden werden könne. Dabei sei es u. a. erheblich, ob der angebliche Arbeitnehmer eine verwertbare Arbeitskraft besitze, ob er Lohnarbeiten bei Fremden ausgeführt habe, insbesondere etwa zu den Berufsarbeitern zähle, ob der angebliche Dienstherr einer gelohnten Hilfskraft bedurfte

Digitized by Google

auch sonst eine solche zu halten pflegte, ob eine bestimmte Vergütung vereinbart war und regelmäßig gewährt wurde, ob sie den Leistungen angemessen war usw. Erst wenn diese Merkmale in der Hauptsache zutreffen, werde man von einem gegenseitigen Verhältnis von Leistung und Gegenleistung sprechen, erst dann behaupten können, daß nicht nur ein familienhaftes Gemeinschaftsleben, eine unverbindliche Hilfeleistung unter wirtschaftlich und sozial Gleichgestellten aus sittlichen oder Anstandsrücksichten vorliege.

Fräulein T. ist außerhalb des Elternhauses noch nie beschäftigt gewesen, besitzt aber anscheinend noch eine verwertbare Arbeitskraft, denn ihre Erwerbsfähigkeit ist von keiner Seite in Zweifel gezogen. Auch kann nach den Ermittlungen angenommen werden, daß ihr verstorbener Vater einer Hilfskraft bedurfte, um sein Hauswesen in Ordnung zu halten. Daß er hierzu sich seiner Tochter bediente, war das natürlichste, da sie auch bisher schon im Elternhause sich nützlich gemacht hatte. Die Frage, ob von einem „Beschäftigtsein" im Sinne des Gesetzes im vorliegenden Falle die Rede sein kann, kann deshalb nicht unbedingt verneint werden. Versicherungspflichtig wird dieses Beschäftigungsverhältnis aber erst dann, wenn die Tätigkeit gegen bares Entgelt stattfindet. Das ist aber hier nicht der Fall. Denn der verstorbene Vater der T. hat seiner Tochter nur freien Unterhalt gewährt, aber kein Entgelt gezahlt, das als Barlohn im Sinne des Gesetzes anzusehen wäre, ja nicht einmal eine solche Zahlung mit ihr vereinbart. Auch eine testamentarische Bestimmung, nach der die T. für ihre Tätigkeit in solcher Weise entschädigt werden sollte, ist nicht vorhanden. Daß eine Lohnzahlung hauptsächlich deshalb, wie jetzt geltend gemacht wird, unterblieben ist, weil dem verstorbenen T. die Mittel hierzu fehlten, kommt nicht in Betracht, Tatsache ist, daß eine Zahlung niemals stattgefunden hat. Zwar haben die Schwestern nach dem Tode ihres Vaters ihrer Schwester 500 M. gezahlt, die sie für ihre aufopfernde Tätigkeit im Elternhause besonders während der zwei letzten Jahre rechnen sollte. Aber durch eine derartige Zuwendung von dritter Seite kann ein Lohnverhältnis nachträglich nicht begründet werden bei einer Beschäftigung, die als Lohntätigkeit zu kennzeichnen, der eigentliche Arbeitgeber durch Verabredung oder testamentarische Bestimmungen sehr wohl in der Lage gewesen wäre. Mag er es versäumt haben oder aus anderen Gründen nicht dazu gekommen sein, an die Tatsache, daß zu seinen Lebzeiten nichts geschehen ist, um das Beschäftigungsverhältnis seiner Tochter zu einem versicherungspflichtigen zu machen, muß man sich halten.

Hat aber die Tätigkeit der T. nicht gegen bares Entgelt stattgefunden, so war auch deren Versicherungspflicht aus diesem Grunde schon zu verneinen.

Versicherungspflicht einer im Haushalt der Tochter und des Schwiegersohnes beschäftigten Schwiegermutter verneint.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Februar 1913.

Das Reichsversicherungsamt hat in ständiger Rechtsprechung ein Arbeitsverhältnis zwischen Kindern und Eltern oder Schwiegereltern regelmäßig verneint, auch wenn die Zahlung von Barbeträgen in gewissen Zeitabschnitten dargetan war, und hat zur Entkräftung der Vermutung, daß die im Haushalte der Tochter und des Schwiegersohnes lebende Mutter nicht deren Lohnarbeiterin ist, einen besonders strengen Beweis gefordert (zu vgl. insbesondere Rev.Entsch. 1398, Amtl.Nachr. 1909 S. 473). Dieser Beweis ist im vorliegenden Falle nicht erbracht. Zwar konnte das Schiedsgericht auf Grund seiner eingehenden Erörterungen für erwiesen ansehen, daß die Klägerin im Haushalt ihrer Tochter ein gelohnte Arbeitskraft ersetzte, daß sie neben freier Kost noch wöchentlich 2,50 M. in bar erhielt, worüber vierteljährlich abgerechnet wurde, und daß sie bei fremden Leuten Lohnarbeit hätte verrichten müssen, wenn sie nicht bei einem ihrer Kinder Aufnahme gefunden hätte. Zu einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis gehört aber hauptsächlich die gegenseitige Über- und Unterordnung, wie sie zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer üblich ist. Ein solches Unterordnungsverhältnis, das den arbeitenden Teil einem Dienstboten gleichstellt, kann, wenn es sich um die Hilfeleistung einer Mutter im Haushalte ihrer Kinder handelt, nur in ganz besonders gearteten Fällen angenommen werden. Dafür, daß ein solcher Fall hier vorliegt, bieten die Akten keinen Anhalt. Die Klägerin, die früher nie Berufsarbeiterin gewesen war, wurde unterstützungsbedürftig, nachdem ihr Ehemann am 18. November 1906 gestorben war. Wie sich aus den Zeugenaussagen ergibt, waren sich ihre Kinder nicht darüber im Zweifel, daß sie von einem von ihnen aufgenommen werden mußte. Die Aufnahme erfolgte bei dem Schwiegersohn K., weil bei diesem ihre Hilfe am meisten gebraucht wurde. Eine Leistung von Barbeträgen wurde wie die Zeugin S. ausdrücklich bemerkt hat, deshalb vereinbart, damit der Schwiegersohn „die Arbeit der Mutter nicht ganz umsonst hatte". Die Barzahlungen waren also überhaupt nicht als Lohn für die geleisteten Dienste, sondern als Ausgleich gedacht, damit nicht die einen Kinder vor den anderen durch die Hilfe der Mutter einen Vorzug haben sollten. Die anderen Kinder hätten sonst auch die Hilfe der Mutter beansprucht. Ein eigentliches Lohnarbeitsverhältnis zwischen der Klägerin und den Eheleuten K. hat hiernach nicht bestanden.

Digitized by Google

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Liegt Betrug vor, wenn der Empfänger einer Unfallrente gegenüber der Berufsgenossenschaft seine eingetretene Heilung verschweigt und die Rente weiter erhebt?

Urteil des **Reichsgerichts**, IV. Strafsenats v. 28. Januar 1913.

Die Darlegungen über die Annahme eines Betrugs nach § 263 StGB. sind nicht frei von Rechtsirrtum.

Die Strafkammer geht davon aus, daß der Angeklagte am 28. September 1898 einen Unfall erlitten hatte, infolgedessen zunächst das Sehvermögen seines rechten Auges geschwunden war, daß ihm dafür durch den Bescheid vom 7. Januar 1899 und nachmals durch Bescheid vom 26. Juni 1899, also mit Grund, eine Unfallrente zugebilligt worden sei. Sie nimmt weiter für erwiesen an, daß der Angeklagte seit Anfang 1900 seine Sehkraft wieder erlangt und dies auch gewußt habe. In dem fortgesetzten Bezuge der für die mangelnde Sehkraft bezogenen Rente erblickt das Gericht um deswillen einen Betrug, weil der Angeklagte einmal trotz bestehender Rechtspflicht zur Offenbarung die eingetretene Besserung den Vorstandsmitgliedern der Berufsgenossenschaft verschwieg, überdies auch durch die fortgesetzte Erhebung der Rente ihnen gegenüber ein tätiges, auf Täuschung berechnetes Verhalten entwickelte. Das ist nach beiden Richtungen hin nicht richtig.

Die Unterdrückung einer wahren Tatsache im Sinne des § 263 StGB. liegt nicht schon dann vor, wenn Anstand und Sittlichkeit ihre Offenbahrung erfordern würden, sondern lediglich wenn eine im Rechte begründete Verpflichtung hierzu besteht. (Entsch. des RG.'s in Strafs. Bd. 25 S. 95, Bd. 31 S. 208, Bd. 37 S. 61). Eine solche ist aber weder aus dem Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 noch aus dem Unfallversicherungsgesetz vom 30. Juni/5. Juli 1900, das mit dem 1. Oktober 1900 in Kraft getreten ist, zu entnehmen. Die Vorschriften in § 65 des alten und in § 88 des neuen Unfallversicherungsgesetzes lassen allerdings eine anderweitige Feststellung der Rente zu, wenn in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Entschädigung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung eingetreten ist, und so hätte zweifellos die Berufsgenossenschaft durch einen neuen förmlichen Bescheid die Rente schon von Anfang 1900 ab in Wegfall bringen können, wenn ihr die Wiedererlangung der Sehkraft bei dem Angeklagten bekannt gewesen wäre. Solange aber ein solcher Bescheid nicht erlassen war, bestand für den Angeklagten ein Recht auf Rente. Das Gesetz gibt ihm zwar die Befugnis, einen Antrag auf Erlaß eines neuen Bescheides zum Zweck der Erhöhung der Rente bei eingetretener Verschlimmerung seines Zustandes zu stellen, die Verpflichtung, einen Antrag auf Erlaß eines Bescheides zum Zwecke der Herabsetzung oder Beseitigung der Rente bei eingetretener Besserung zu stellen, legt es ihm aber aus begreiflichen Gründen nicht auf. Für diesen Fall überläßt es der Berufsgenossenschaft selbst, ihre Interessen zu wahren, indem es ihr einmal gestattet, namentlich durch ihre Vertrauensmänner, den Rentenempfänger zu überwachen, wobei sie allerdings auch auf ein unterstützendes Verhalten des Unfallverletzten Anspruch hat, insbesondere von ihm verlangen kann, daß er einen etwaigen Wohnungswechsel anzeige und sich auf Erfordern ärztlich untersuchen lasse (Handb. der Unfallversf., 2. Aufl. S. 356 und Handb., 3. Aufl. Bd. 1 S. 524); sodann weiter, in dem es der Berufsgenossenschaft von Amts wegen eine andere Feststellung durch Bescheid zu treffen erlaubt. Diese letztere Befugnis ist jedoch im neuen Gesetze vom 5 Juli 1900 in Abs. 2 und 3 des § 88 sogar nicht unerheblich eingeschränkt worden. Die dort geordneten Fristen lassen insbesondere erkennen, daß das Gesetz selbst mit einer zeitweiligen Fortgewährung der Rente trotz eingetretener Besserung rechnet und daß für diese Zeit sogar ein wohlbegründetes Recht des Rentenempfängers besteht. In dem bloßen Verschweigen der wiedererlangten Sehkraft ist sonach eine Irrtumserregung oder Unterhaltung im Sinne von § 263 StGB. noch nicht zu finden.

Ebensowenig ist auch die Annahme, der Angeklagte habe ein „aktives Verhalten auf Täuschung entwickelt" ausreichend dargetan. Wenn die Strafkammer ein solches in dem „Erheben" der Rente erblickt, so legt dies die Vermutung nahe, daß sie sich außer Verkennung des eben Dargelegten über die Art der Erhebung eine unzutreffende Vorstellung macht. Nach § 64 des alten und nach § 87 des neuen Unfallversicherungsgesetzes erfolgt die Auszahlung der Rente ohne weiteres Zutun des Rentenempfängers auf die im allgemeinen erteilte Anweisung des Genossenschaftsvorstandes durch die Postanstalt, in deren Bezirk der Empfangsberechtigte seinen Wohnsitz hat, nach den darüber getroffenen besonderen Ausführungsbestimmungen (§ 69 des alten und § 97 des neuen Gesetzes). In der bloßen Empfangnahme des Rentenbetrags und der hierbei vorgenommenen Quittungserteilung gegenüber dem Geldbriefträger

Digitized by Google

oder dem Schalterbeamten kann aber eine nebenhergehende Täuschungshandlung in der von der Strafkammer angenommenen Art überhaupt und „gegenüber den Genossenschaftsbeamten“ insbesondere nicht erblickt werden.

Aus diesen Gründen war das Urteil aufzuheben. Bei der erneuten Feststellung und rechtlichen Würdigung wird zu prüfen sein, ob die schon jetzt getroffenen Feststellungen nicht ausreichen, nach anderer Richtung hin das Vorhandensein des Betrugs gegen die Berufsgenossenschaft zu begründen. Die Ausführungen der Strafkammer lassen erkennen, daß der Bescheid vom 7. Januar 1899, mindestens aber der vom 26. Juni 1899 auf den ärztlichen Gutachten der Sachverständigen Dr. Sch. und Dr. H. beruht, daß der Angeklagte aber diese ihn zuerst untersuchenden Ärzte absichtlich getäuscht habe. Solchenfalls würde schon die Erlangung der Rente durch jene Bescheide durch Vorspiegelung falscher Tatsachen erschlichen sein und den Tatbestand des Betrugs bilden können (vgl. auch Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1890 S. 192, 1892 S. 343, 1895 S. 253). Zu prüfen ist sodann auch, ob der Angeklagte nach der erfolgten Festsetzung der Rente in jenen Bescheiden, etwa durch Vortäuschung des Fortbestehens seiner Erblindung den Vertrauensmännern der Berufsgenossenschaft gegenüber oder in anderer Weise den Genossenschaftsvorstand abgehalten hat, von Amts wegen, wie er befugt war, früher als geschehen durch einen Bescheid oder durch Antrag beim zuständigen Schiedsgericht den Wegfall der Rente herbeizuführen. Da es hierüber allenthalben noch an den erforderlichen Feststellungen gebricht, war die Zurückverweisung der Sache an das Landgericht zu verfügen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Ausbau der Krankenversicherung in England.

Das englische Krankenversicherungsgesetz — siehe darüber Arb.-Versorgg. 1911 S. 390 ff. — ist erst etwa ein halbes Jahr in Kraft, und schon wird nach einer Ankündigung des Schatzkanzlers Lloyd George dem Unterhause ein ergänzendes und abänderndes Gesetz vorgelegt, über dessen Inhalt und Veranlassung wir der „Sozialen Praxis“ (Nr. 40 vom 3. Juli 1913) folgendes entnehmen: Der neue Entwurf läßt die Grundzüge des Gesetzes unverändert, bringt aber eine Reihe von Erweiterungen und Verbesserungen, die auch schon bei den früheren Beratungen des Gesetzes von verschiedenen Seiten vorgeschlagen, aber mit Rücksicht auf die Finanzlage von der Regierung zuvörderst abgelehnt worden waren. Während der halbjährigen Wirksamkeit des Gesetzes aber haben sich die schon damals als bedenklich empfundenen Punkte tatsächlich als Lücken des Gesetzes erwiesen, so daß die Regierung die früheren Bedenken zurückgestellt hat und trotz der erheblichen Mehrkosten die notwendigen Erweiterungen vorschlägt. Auch bei einigen, für das liberale Ministerium ungünstig verlaufenen Nachwahlen sind die Lücken des Gesetzes im parteipolitischen Kampfe stark benutzt worden. Dies mag mit ein Grund dafür sein, daß die Regierung sich bereits nach der kurzen Dauer zu so erheblichen Aenderungen des Gesetzes entschließt.

Eine Aenderung bezieht sich auf die Gelegenheitsarbeiter, die nicht die ganze Woche, sondern vielleicht nur einen oder zwei Tage in der Woche beschäftigt sind. Nach dem Gesetz müssen sie (und ihre Arbeitgeber) ihren vollen Versicherungsbeitrag am ersten Tag ihrer Beschäftigung zahlen, auch wenn ihr Gesamtverdienst in der Woche vielleicht geringer ist, als der Versicherungsbeitrag. Künftig wird ihr Versicherungsbeitrag ihrem wirklichen Einkommen entsprechend abgestuft.

Eine zweite Verbesserung bezieht sich auf Arbeiter von mehr als 50 Jahren. Nach dem Gesetz erhielten diese eine verringerte Krankenunterstützung, 7 Schilling (statt 10) die Woche, bis zu 60 Jahren, zwischen 60 und 65 noch weiter herabgesetzte Unterstützung, während Arbeiter von mehr als 65 Jahren Unterstützungen überhaupt nur bis zum Betrage ihrer eigenen und ihrer Arbeitgeberbeiträge erhalten konnten. Die neue Vorlage schafft alle diese Einschränkungen ab, so daß alle Versicherten bis zu 70 Jahr (wo die Altersrenten beginnen) die volle Krankenunterstützung erhalten werden.

Ein wertvolles Zugeständnis erhalten auch die Mitglieder genehmigter Versicherungsvereine (also freier Hilfskassen, Gewerkschaften usw.), die aus verschiedenen Gründen von der staatlichen Versicherung ausgeschlossen sind.

Die Aerzte behandelten die Kranken dieser Kasse früher zu einem niedrigeren Honorar, als ihnen jetzt infolge ihrer wirtschaftlichen Kämpfe auf Grund des Versicherungsgesetzes für die staatlich Versicherten zusteht. Die Aerzte weigerten sich nun, die Kranken der freien Kassen nach dem früheren Satze weiter zu behandeln. Nach der neuen Vorlage erhalten diese Arbeiter einen staatlichen Zuschuß von $2^1/_2$ Schilling im Jahr, um die Mehrkosten ihrer ärztlichen Behandlung zu decken.

Eine andere Bestimmung bezieht sich auf Arbeiter, die aus verschiedenen Gründen von der Versicherung befreit sind (hauptsächlich, weil sie nicht ausschließlich von ihrer eigenen Arbeit leben). Nach dem Gesetz brauchen diese Arbeiter zwar keine Beiträge zu zahlen, wohl aber ihre Arbeitgeber, damit sie solche Arbeiter nicht bevorzugen. Bisher genossen diese, trotzdem die Arbeitgeber für sie zahlten, gar keine Unterstützungen. Nach der neuen Vorlage sollen sie ärztliche Behandlung und Sanatorienleistung erhalten. Die wertvollste Verbesserung ist die, die sich auf durch Arbeitslosigkeit verursachte Beitragsrückstände bezieht. Nach dem Gesetz fallen die Beiträge bei Krankheit gänzlich weg, aber bei Arbeitslosigkeit dürfen die Beiträge nur vier Wochen im Jahre rückständig sein, sonst werden die Unterstützungen herabgesetzt, sofern der Arbeitslose nicht nur seinen eigenen Betrag, sondern auch den des Arbeitgebers bezahlt. Nach der neuen Vorlage hat der Arbeitslose nur seinen eigenen Beitrag zu zahlen, während der des (nichtvorhandenen) Arbeitgebers vom Staate gedeckt werden soll.

Digitized by Google

Auch den Aerzten wird ein weiteres Entgegenkommen gezeigt, indem freiwillig versicherte Angestellte keine ärztliche Behandlung beanspruchen können, wenn ihr Jahresgehalt 3200 Schilling übersteigt. Schließlich werden Arbeitgebern, die ihren Arbeitern mehr als die gesetzlichen Beiträge vom Lohn abziehen (was häufig vorgekommen ist) besondere Strafen angedroht.

Die der Staatskasse durch die Gesetzesänderungen entstehenden Mehrkosten schätzt Lloyd George auf 270000 Pfund im Jahr, die teilweise durch die Verlängerung des zur Deckung der Gründungskosten eingerichteten Amortisationsfonds von 18½ auf 20 Jahr gedeckt werden sollen.

Eine weitere Frage, die seit Inkrafttreten des Gesetzes in der Tagespresse und in Fachblättern viel erörtert wird, ist die der Simulation. So wurden namentlich die Kassen mit viel weiblichen Mitgliedern so stark in Anspruch genommen, daß ihr Weiterbestehen gefährdet ist, wenn sie nicht Staatszuschüsse bekommen. Es verbreitete sich daher der Gedanke, daß die Frauen besonders stark durch Simulieren die Kassen auszunutzen suchen. Genauere Nachprüfungen aber haben ergeben, daß es sich in den allermeisten Fällen um wirkliche Krankheitserscheinungen handelte, und zwar ergaben diese genauen Nachprüfungen auch den engen Zusammenhang zwischen Krankheit und wirtschaftlicher Not. Die unverheiratete Arbeiterin belastet die Kassen im allgemeinen nicht stärker als der männliche Arbeiter desselben Berufes. Dagegen sind die verheirateten Arbeiterinnen durch die Doppellast, die auf ihnen ruht, oft in einem so erschöpften Zustand, daß sie auch ohne jede Simulation die Kassen stark in Anspruch nehmen müssen. Ebenso ist festgestellt, daß aus den Gegenden und Gewerben mit den schlechtesten Löhnen die stärkste Belastung der Kassen kommt.

Von manchen Kassen wird allerdings darüber geklagt, daß die Aerzte zu leicht und oft aus Gefälligkeit die Krankheitszeugnisse ausstellen. Auf gesetzlichem Wege wird in diesem Punkte keine Abhilfe möglich sein, sondern die Kassen werden sich hier durch Selbsthilfe schützen müssen, indem sie Krankenbesucher als Kontrollbeamte anstellen, wie dies auch in der deutschen Krankenversicherung üblich ist, oder eine Nachprüfung durch Vertrauensärzte eingeführt wird.

Regelung der Verhältnisse zwischen Krankenkassen und Aerzten.

Die großen Kassenverbände, nämlich

der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen (Dresden),

der Hauptverband deutscher Betriebskrankenkassen (Essen),

der Gesamtverband deutscher Krankenkassen (Essen),

der Allgemeine deutsche Knappschaftsverein (Berlin),

der Verband deutscher Innungskrankenkassen (Hannover),

die Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen (Berlin),

haben zwei Kundgebungen erlassen, die durch ihren Inhalt und durch die Geschlossenheit des Auftretens der Vertreter einer so imposanten Masse von Versicherten und Arbeitgebern von besonderem Gewicht sind. Die eine betrifft die auf S. 615 mitgeteilte Leitsätze, die andere behandelt die besondere Lage der Verhältnisse in Bayern.

Erklärung, betreffend das Verhältnis zwischen Krankenkassen und Aerzten in Bayern.

Der „Bayerische Staatsanzeiger" veröffentlicht eine „Einigung zwischen Krankenkassen und Aerzten in Bayern", woraus vielfach gefolgert worden ist, daß die Einigung bereits vollzogen sei. Demgegenüber muß festgestellt werden, daß es sich hierbei gemäß der ergangenen Einladung lediglich um unverbindliche Besprechung zwischen Vertretern von bayerischen Aerzten und bayerischen Krankenkassen gehandelt hat. Die Zustimmung der beiderseitigen Verbände, also auch der Krankenkassenverbände, ist bei den Verhandlungen über den vorgelegten Entwurf eines Abkommens ausdrücklich vorbehalten worden. Die beteiligten bayerischen Krankenkassenverbände, soweit sie dazu schon Stellung genommen haben, lehnen das Abkommen in der vorliegenden Form ab. Befremden und entschiedenen Widerspruch muß es aber vollends hervorrufen, daß die Königliche Bayerische Regierung durch einen Erlaß die Versicherungsämter auffordert, die Krankenkassen, die über den Sachverhalt nicht unterrichtet sein können, zu veranlassen, sich alsbald über die Annahme des Vertrags schlüssig zu machen und ihre Erklärung darüber abzugeben.

Gegen die Einigung selbst sind von den Verbänden der Krankenkassen die schwersten Bedenken zu erheben:

I. Es bleibt trotz der beabsichtigten Vereinbarung der durch die Gesetzgebung geschaffene, für die Kassen höchst bedenkliche Zustand bestehen, daß einerseits die Kassen zur Leistung ärztlicher Behandlung an ihre Mitglieder verpflichtet sind und daß andererseits den Aerzten das alleinige Monopol zur ärztlichen Behandlung der Kassenmitglieder zusteht, ohne daß sie zu dieser Leistung verpflichtet oder auch nur angehalten werden. Dazu kommt, daß die Aerzte ungeachtet der größten Vorteile völlig freie Hand behalten, Verträge mit der Kasse zu schließen oder nicht zu schließen oder die Kassenpatienten als solche zu behandeln oder nicht als solche zu behandeln, je nachdem ihnen dies paßt.

II. Kommt ein Vertrag zwischen den Aerzten und einer Kasse nicht zustande, so soll ein Schiedsgericht entscheiden. Der Schiedsspruch hat nach dem Abkommen für keinen der beiden Teile eine rechtsverbindliche Wirkung, vielmehr nur die Bedeutung, daß beiden Teilen angeraten werden soll, den hierdurch festgestellten Vertrag abzuschließen. Da aber der Schiedsspruch unter weitgehendster Mitwirkung des Oberversicherungsamts zustande kommt, dessen Beschlußkammer im Falle des § 370 RVO. die angemessenen Bedingungen für den Abschluß von Arztverträgen festzusetzen hat, so kann eine Krankenkasse, die sich dem Schiedsspruch nicht fügt, niemals erwarten, daß ihr in dem erwähnten Streitfalle die Ermächtigung zur Gewährung einer Barleistung statt der ärztlichen Behandlung gegeben wird. Die Kasse ist also trotz formeller Freiheit an den Schiedsspruch gebunden und wird eines wertvollen Schutzmittels gegenüber den Aerzten beraubt, die Aerzte dagegen behalten völlig freie Hand.

III. Die Frage des Arztsystems ist widerspruchsvoll und unklar geregelt. Die freie Arztwahl, die sich bei den Krankenkassen fast durchweg als äußerst schädlich erwiesen hat, wird in jeder Hinsicht begünstigt. Nach § 1 der Vereinbarung wird das Arztsystem zwar der freien Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Aerzten überlassen, der § 2 bestimmt aber, daß die freie Arztwahl da, wo sie besteht, aufrecht erhalten bleiben soll. „Wo sie nicht besteht, werden sich die Kassen dem Bestreben der Aerzte, sie einzuführen, nicht entgegenstellen, wenn diese nach Lage der bestehenden Verhältnisse und der finanziellen Lage der einzelnen Kassen möglich ist, ohne diese selbst in der Erfüllung ihrer sonstigen Aufgaben zu beeinträchtigen oder die beitragspflichtigen Ar-

Digitized by Google

beitgeber und Versicherten zu überlassen." Nach dieser Festsetzung werden die Anhänger des Leipziger Verbandes erst recht überall die freie Arztwahl fordern, denn sie behaupten ja, daß ihre Einführung ohne finanzielle Schädigung der Kassen möglich ist. Das Ziel des Leipziger Verbandes, den Kassen gegen ihren Willen die freie Arztwahl aufzudrängen, wird durch solche Festsetzungen wesentlich gefördert. Der Rückweg von der freien Arztwahl ist, falls dieses System sich nicht bewährt und die Leistungsfähigkeit der Kassen schwer leidet, überhaupt nicht vorgesehen. Vielmehr soll die freie Arztwahl, wo sie einmal besteht, aufrecht erhalten werden. Bisher haben sich alle Schutzmaßnahmen gegen die Schäden der freien Arztwahl als unzureichend erwiesen. Die Schäden liegen in dem Wesen dieses Systems begründet und können auch durch die in der Vereinbarung vorgesehenen Maßnahmen nicht beseitigt werden.

Ein weiterer Nachteil der Festsetzung in dem § 2 für die Kassen ist der, daß nach einer solchen Begünstigung der freien Arztwahl zu erwarten ist, daß beim Streit über das Arztsystem die freie Arztwahl im Falle des § 370 RVO. regelmäßig als angemessene Bedingung festgesetzt wird. Auch auf diese Weise wird diese für die Kassen sehr wichtige Schutzbestimmung wertlos gemacht.

Das Arztsystem zu bestimmen, ist das wichtigste Recht der Krankenkassen. Mit ihm steht und fällt ihr Selbstverwaltungsrecht.

IV. Die Regelung der Beziehungen zwischen den Kassen und Aerzten soll auf der Grundlage des Kollektivvertrages erfolgen. Daß die einzelnen Aerzte den Vertrag unterzeichnen sollen, ändert daran nichts. Jeder Arzt, der Kassenpraxis treiben will, ist dem Willen des Leipziger Verbandes entsprechend gezwungen, dem von ihm beherrschten ärztlichen Bezirksverein oder dem von ihm begründeten kassenärztlichen Verein beizutreten. Der § 28 der Vereinbarung bestimmt ausdrücklich, daß die Verträge auf der ärztlichen Seite von dem ärztlichen Bezirksverein oder den selbständigen kassenärztlichen Vereinen abzuschließen sind. Der Kollektivvertrag bedeutet nichts anderes als den Koalitionszwang für alle auf Kassenpraxis angewiesenen Aerzte. Wer von diesen Aerzten Einfluß auf die Vertragsbedingungen und auf die Ausführung des Vertrages haben will, muß der Organisation beitreten.

V. Die Regelung der ärztlichen Bezahlung schützt die Kassen nicht vor Ueberforderung. Zwar ist die Pauschalvergütung vorgesehen und gewissermaßen als Regel gedacht. Sie gilt jedoch nur für diejenigen ärztlichen Leistungen, für die der Mindestsatz nach der Gebührenordnung für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis weniger als 3 Mk. beträgt. Gleichzeitig ist festgesetzt, daß alle Leistungen nicht unter die Pauschalvergütung fallen, für welche die Mindestgebühr nach der Gebührenordnung 3 Mk. oder mehr beträgt. Es ist grundsätzlich verkehrt, Nebenleistungen in solchem Umfange festzulegen, solange die Höhe des Pauschales nicht feststeht. Die Bezahlung besonderer Leistungen muß von der Höhe des Pauschales abhängig gemacht werden.

Die Verteilung der Honorare unter die einzelnen Aerzte soll in der Regel der Arztvertretung überlassen werden. Dies hat zur Voraussetzung, daß die Kassenhonorare an die Organisation entrichtet werden. Die ärztlichen Organisationen haben es alsdann in der Hand, wie es der Leipziger Verband verlangt oder wünscht, einen Teil der von den Kassen gezahlten Honorare in den Streikfonds abzuführen, mittels welchem die Kassen, die die Forderungen des Leipziger Verbandes nicht anerkennen, niedergerungen werden sollen.

VI. Die Bezahlung der ärztlichen Behandlung in Bezug auf diejenigen Kassenmitglieder, welche die Versicherung freiwillig fortsetzen oder den Kassen freiwillig beitreten, soll der örtlichen Vereinbarung zwischen Kassen und der Arztvertretung überlassen bleiben. Bevor eine Kasse in ihrer Satzung endgültig bestimmt, daß diejenigen Mitglieder, welche der Versicherung freiwillig beitreten, auch ärztliche Hilfe erhalten, muß sie mit der Aerzteschaft ihres Bezirks verhandeln. Welche Leistungen die Kasse diesen Versicherten gewähren soll, ist also vollständig von dem Willen der Aerzte abhängig, und die ärztliche Behandlung dieser Mitglieder ist in keiner Weise sichergestellt.

Jedenfalls besteht aber bei einer Vereinbarung die Gefahr, daß für die freiwilligen Mitglieder höhere Honorare gefordert werden und gewährt werden müssen und daß die hierdurch entstehenden Mehrkosten von den minderbemittelten Mitgliedern zu tragen sind.

VII. Die Kündigungsfrist von einem Vierteljahr ist viel zu kurz bemessen. Wenn die Aerzte kündigen, sind die Kassen nicht in der Lage, in so kurzer Zeit eine ihren Interessen entsprechende Neuordnung der Verhältnisse herbeizuführen.

VIII. Die Grundsätze der Vereinbarung opfern in den wichtigsten Fragen die Interessen der Kassen den Interessen der Aerzte ohne Gegenleistung. Sie begünstigen ganz einseitig die Forderungen der Aerzte, wie sie vom Leipziger Verband aufgestellt sind. Die Vereinbarung sichert den Kassen trotz aller Opfer nicht einmal die ihnen gesetzlich auferlegte ärztliche Behandlung ihrer Mitglieder. Die Verbände der Krankenkassen sind daher außerstande, der Vereinbarung ihre Zustimmung zu geben. Sollten trotz aller Bedenken die in der Einigung niedergelegten Grundsätze auch ohne Zustimmung der Kassen tatsächlich maßgebend werden für die Entscheidungen der Versicherungs- und Verwaltungsbehörden, so müßte die Verantwortung für die verderblichen Folgen für die Versicherten in vollem Umfange der Regierung überlassen bleiben. Eine Zustimmung der Kassen zu den ihren eigenen Ruin bedingenden Abmachungen kann nicht erfolgen.

Digitized by Google

Literarisches.

Soziale Kultur und Volkswohlfahrt während der ersten 25 Regierungsjahre Kaiser Wilhelm II.

ist der Titel eines von dem früheren Kabinettsrat der Kaiserin Dr. Dr. v. Behr-Pinnow, dem Geh. Obermedizinalrat Professor Dr. Dietrich und dem Professor Dr. Kayserling im Verlage von Georg Stilke in Berlin herausgegebenen Jubiläums-Gedenkwerkes. Gr.-Fol. 869 Seiten mit 64 Bildertafeln. Preis und künstlerischem Pergamentband 1.25 M.

Das ausgezeichnete Werk stellt in knappen Umrissen und doch erschöpfend die Entwicklung der sozialen Kultur und Volkswohlfahrt während der Regierungszeit unsres Kaisers dar und zeigt, welche gewaltigen Fortschritte Deutschland auf diesem Gebiete gemacht hat. Sechzig hervorragende Fachmänner haben an dem Werke gearbeitet. Die ersten Forscher und Kenner der einzelnen Gebiete vereinigen sich mit hervorragenden Vertretern der obersten Reichs- und Staatsbehörden. In neun Abschnitten werden behandelt: die Entwicklung des Bildungswesens, Naturwissenschaften und Volkswohlfahrt, die Entwicklung der Arbeiterversicherung, Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse des deutschen Volkes, Entwicklung des Sanitätswesens, des Verkehrswesens, der Wohlfahrtseinrichtungen, einzelne Wohlfahrtsgebiete und die Entwicklung des Volkswohlstandes. Aus der Fülle der bedeutsamen Abhandlungen, die diesen Abschnitten eingeordnet sind, heben wir nur einzelne hervor, die näherliegende Gebiete berühren. So schreibt u. a. der Präsident des Kaiserlichen Gesundheitsamts Dr. Dr. Bumm allgemein über Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse, Professor Dr. Flügge über Schutz der Gesunden, Ministerialdirektor Dr. Kirchner über Seuchenbekämpfung, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt Dr. Hartmann über Arbeiterschutz. Die Professoren Dr. Dr. Kraus, Bier, Ehrlich, His, Löffler, Gaffky, Nietner schildern die Fortschritte auf dem Gebiete des Heilwesens sowie die Sonderfürsorge für bestimmte Krankheitsgruppen (Dyphtherie, Typhus, Tuberkulose usw.), Dr. Dr. Krohne, v. Ilberg und Hübener die offene und geschlossene Krankenfürsorge, Dr. Dr. Dieterich, v. Schjerning, Finger das Zivil- und Militärsanitätswesen sowie die Einrichtungen und Anstalten für das öffentliche Gesundheitswesen. Staatsminister v. Möller, Dr. Dr. Spiecker, Dr. Werthmann berichten über die Entwicklung der Wohlfahrtpflege, Rothe, Dr. Dr. Kimmle, Kühne über das Rote Kreuz, der Vorsitzende der Landesversicherungsanstalt Berlin Dr. Freund und der Direktor der Deutschen Bank Dr. Helfferich über Arbeitsnachweis und die Entwicklung des Volkswohlstandes. Nach den Darlegungen Helfferichs berechnet sich das deutsche Volkseinkommen gegenwärtig auf rund 40 Milliarden Mark jährlich, gegen 22 bis 25 Milliarden um das Jahr 1895. Das deutsche Volksvermögen beträgt heute mehr als 300 Milliarden Mark, gegen rund 200 Milliarden Mark um die Mitte der neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts.

Von besonderem Interesse für unsere Leser ist der dritte Abschnitt in dem die Arbeiterversicherung behandelt wird. Hier gibt zunächst der Präsident des Reichsversicherungsamtes Dr. Dr. Kaufmann eine zusammenfassende Darstellung „Zur Geschichte der deutschen Arbeiterversicherung, ihrer Ziele und Erfolge." Er zeigt, wie Kaiser Wilhelm II. namentlich durch seine Erlasse vom 4. Februar 1890 die soziale Gesetzgebung in neue Bahnen gelenkt, und wie seine erfolgreiche Friedenspolitik der Arbeiterversicherung die Möglichkeit zu ungeahnter Entwicklung und zur Verstärkung ihres segensreichen Einflusses auf Deutschlands Volks- und Wehrkraft gegeben hat. Unter Bezugnahme auf die Erklärung unsres Kaisers bei der Eröffnung des Deutschen Reichstags am 25. Juni 1888 und auf Aeußerungen Bismarcks legt er dar, wie die Arbeiterversicherung, die man als die höchste deutsche Kulturtat des 19. Jahrhunderts bezeichnet, die in sie gesetzten Hoffnungen, wenn auch nicht in allen, so doch in wesentlichen Punkten erfüllt hat. Hieran schließen sich eingehende Abhandlungen über die einzelnen Versicherungszweige. Der Direktor im Reichsversicherungsamt, Geheime Ober-Regierungsrat Dr. Sarrazin bespricht die Krankenversicherung sowie die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, und zwar zunächst ihre geschichtliche Entwicklung und sodann die Grundzüge des geltenden Rechtes (Umfang, Träger, Gegenstand der Versicherung, Beitragsleistung usw.). Einen breiteren Raum nehmen seine Ausführungeu über das Heilverfahren und die Bekämpfung der Volksseuchen ein, ferner die Darstellung der Vermögensverwaltung und der Förderung des Kleinwohnungswesens durch die Träger der Invalidenversicherung. Zumal das letztere Gebiet wird mit großer Ausführlichkeit behandelt auf Grund der neuesten Unterlagen, die vielfach bislang der Oeffentlichkeit noch nicht bekannt waren. Die Unfallversicherung wird von dem Direktor im Reichsversicherungsamt Witowski geschildert, der ebenfalls zunächst einen Ueberblick über die geschichtliche Entwicklung gibt und sodann das geltende Recht in seinen Grundzügen darstellt unter eingehender Berücksichtigung der wichtigeren Maßnahmen der Berufsgeuossenschaften auf dem Gebiete der Unfallverhütung und Heilfürsorge. Dem 60 Seiten umfassenden Abschnitt über die Arbeiterversicherung sind im ganzen 7 Bildertafeln und eine graphische Darstellung der Hauptleistungen beigegeben. Die Bilder zeigen das Dienstgebäude des Reichsversicherungsamt, Heilstätten usw. der Versicherungsträger und Unfallverhütungseinrichtungen. Das Reichsversicherungsamt hat das Prachtwerk auf der Internationalen Baufachausstellung in Leipzig mit ausgelegt.

(Nach den Monatsbl. f. Arbeiterversichg.)

Leitfaden für die Vorbereitung und Begutachtung der Invaliden- und Hinterbliebenenrentenanträge durch die Versicherungsämter. Von Assessor Seelmann. Oldenburg 1913 bei Ad. Littmann. Preis 1,50 M., kart. 1,80 M.

Diese Arbeit eines unterrichteten und erfahrenen Praktikers bezweckt eine Anleitung zu geben, wie die Rentenanträge möglichst gründlich mit einem möglichst geringen Aufwande von Arbeit zu erledigen sind. Zu diesem Zwecke sind in geschickter Weise die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und der Verordnung über das Verfahren, auch unter Berücksichtigung des materiellen Rechts und der Rechtsprechung, zusammengefaßt. Die Darstellung ist übersichtlich disponiert; ein Inhaltsverzeichnis und ein alphabetisches Sachregister erleichtern noch das Zurechtfinden in dem handlichen Hefte von 82 Seiten, das seinen Zweck sehr gut erfüllen wird.

Allgemeines Berggesetz für die preußischen Staaten; Textausgabe mit Anmerkungen, begonnen von Westhoff und Schlüter; 3. Aufl. von Schlüter

Digitized by Google

und Hense, Berlin 1913 J. Guttentag. Preis: geb. 7,50 M.

Für die meisten unserer Leser wird das Buch hauptsächlich in Betracht kommen wegen das „Knappschaftsgesetzes" in der Fassung der Bekanntmachung v. 17. Juni 1912 (GS. S. 137, auch 1913 S. 2). Dieses Gesetz ist an die Stelle des Siebenten Titels des preuß. Allg. Berggesetzes getreten, dessen eingreifende Abänderung vor allem durch die Notwendigkeit der Anpassung an die Reichsversicherungsordnung, dann aber auch durch das Versicherungsgesetz für Angestellte und durch einige sonst hervorgetretene Reformbedürfnisse veranlaßt worden ist. Die Verfasser haben auch diesem so wichtigen Teil ihres Buches besondere Sorgfalt zugewandt. In Vorbemerkungen und Anmerkungen sind nicht nur die einzelnen Vorschriften erläutert, sondern auch das Verhältnis der knappschaftlichen Versicherung zur reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung eingehend und anschaulich dargelegt. In der knappen Form dieser bekannten Guttentagschen Handausgaben bietet das Buch doch reiche Aufschlüsse.

Das Gefahrtarifwesen und die Beitragsberechnung der Unfallversicherung von Dr. K. Hartmann. Berlin 1913 bei Julius Springer. Preis: 3 M.

Der Verfasser ist Senatspräsident im Reichsversicherungsamt und Professor an der Technischen Hochschule und durch reiche Erfahrung besonders berufen, diesen Stoff zu behandeln, der Schwierigkeiten technischer und rechtlicher Art in sich birgt. Das Buch will den Genossenschaftsorganen eine Anleitung zur Aufstellung der Gefahrtarife, zur Einschätzung der Betriebe und zur Berechnung der Beiträge, den Unternehmern zur Nachprüfung der von ihnen geforderten Beiträge, den Versicherungsbehörden zur Erfüllung der ihnen in dieser Hinsicht obliegenden Aufgaben bieten. Es kann allen diesen Beteiligten warm empfohlen werden.

Unerwünschte Folgen deutscher Sozialpolitik? Von Prof. Dr. Hugo Stursberg. Bonn 1913 bei Friedr. Cohen. Preis: 1 M.

Man bittet, das Fragezeichen in der Ueberschrift zu beachten. Es handelt sich um eine Entgegnung auf die bekannte Schrift des Prof. Bernhard, dessen Versuch, auf Grund der medizinischen Literatur ein Ueberwiegen der Schäden unserer Sozialpolitik zu erweisen, hier von einem namhaften Arzt „als völlig mißlungen" dargestellt wird. Das ist um so wertvoller, weil der Verfasser die vorhandenen Schäden keineswegs leugnet, aber sie besonnen und billig abwägt, auch Mittel der Abhilfe gegen einzelne Unzuträglichkeiten in den Bereich seiner Betrachtungen zieht.

Sammlung von Entscheidungen des Reichsversicherungsamts, der Landesversicherungsämter und der Oberversicherungsämter. Herausgegeben von Breithaupt, Regierungsrat im Reichsversicherungsamt. Neue Verlagsanstalt Berlin-Friedenau. Preis M. 15.— jährlich.

Wir haben diese neue Sammlung 1912 S. 358 angezeigt. Das im März d. Js. erschienene letzte Heft des I. Jahrganges enthält neben einem ausführlichen Sachregister eine nach den Paragraphen der Reichsversicherungsordnung geordnete Zusammenstellung der in diesem Jahrgange erörterten Rechtsgrundsätze in knappen, nur den Kern der einzelnen Entscheidungen enthaltenden Auszügen, die eine schnelle und sichere Orientierung ermöglichen und den reichen Inhalt des Jahrganges für den praktischen Gebrauch erst recht erschließen. Die Sammlung kann allen Versicherungsträgern, Behörden und sonstigen Interessenten empfohlen werden.

Versicherungsgesetz für Angestellte. Handausg. von Stier-Somlo, Verlag von Oskar Beck, München. Zu unserer Anzeige in Nr. 18 bemerken wir berichtigend, daß der Preis nur 4 M. beträgt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Verpflichtungen der Zuschußkassen in der Uebergangszeit.

1. Nach Danzig. Antwort: Die bisherigen eingeschriebenen Hilfskassen, die nicht als Ersatzkassen zugelassen werden, aber als Zuschußkassen bestehen bleiben, müssen in allen Unterstützungsfällen, die vor dem 1. Juli 1914 eintreten, die Unterstützung auf die bisher in der Satzung vorgeschriebene Dauer, und zwar auch über den 30. Juni 1914 hinaus, gewähren. Denn durch Kaiserliche Verordnung vom 5. Juli 1912 Art. 7 ist als der Tag, mit dessen Ablauf die nach § 75a KVG. ausgestellten Bescheinigungen ihre Kraft verlieren, der 30. Juni 1914 bestimmt worden und daher sind in denjenigen Unterstützungsfällen, die in diesem Zeitpunkt schweben, nach Art. 28 Einf.Ges. z. RVO. die Leistungen für die nach der Satzung vorgeschriebenen Zeit fortzugewähren. Erst nach Ablauf dieser Zeit haben die versicherungspflichtigen Mitglieder Ansprüche gegen die Zwangskasse.

Verpflichtung der Kasse zur Abnahme eines bestellten Geradehalters für 45 M.

2. Nach Sch. Antwort: Hat die Kasse den Geradehalter bestellt, so muß sie ihn auch abnehmen und bezahlen, mag er auch 45 M. kosten. Allerdings braucht sie, wenn kein Preis vereinbart worden ist, nur das, was angemessen ist, zu bezahlen. Ob der Preis für den Apparat angemessen ist, kann natürlich nur ein Sachverständiger beurteilen. Das Mitglied, für das der Geradehalter bestimmt ist, braucht nichts zu den Kosten beizutragen, hat freilich auch keinen Anspruch darauf, daß ihm ein so teurer Apparat geliefert werde.

Digitized by Google

Ersatzanspruch der Hilfskasse gegen den entschädigungspflichtigen Dritten.

3. Nach Danzig. Antwort: Auf eine eingeschriebene Hilfskasse geht der Ersatzanspruch gegen einen entschädigungspflichtigen Dritten gemäß § 57 Abs. 4 KVG. nur dann von Gesetzes wegen über, wenn es sich um ein versicherungspflichtiges Mitglied handelt. Allerdings wird dies nicht besonders hervorgehoben; § 76 bestimmt einfach, daß § 57 auch auf die in § 75 bezeichneten Hilfskassen Anwendung finde. Allein § 57 spricht von „dem Versicherten", d. h. von dem, der nach Maßgabe des Krankenversicherungsgesetzes versichert ist. Dieser regelt nun aber nicht ganz allgemein die Verhältnisse der Hilfskassen, sondern nur insoweit, als durch die Zugehörigkeit zu diesen der gesetzlichen Versicherungspflicht genügt wird. Darum ist bei einer Hilfskasse unter dem Versicherten nur ein versicherungspflichtiges Mitglied zu verstehen. Sie kann somit den Ersatzanspruch gegen den Dritten nur dann geltend machen, wenn er ihr von dem Versicherten nach §§ 398 ff. BGB. übertragen wird. Uebrigens sind die von den Hilfskassen handelnden Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes nicht etwa durch die Aufhebung des Hilfskassengesetzes außer Kraft getreten.

Nur die ersten drei Tage der Krankheit sind Karenztage für das Krankengeld.

4. Nach Altona. Frage: Unser Kassenstatut schreibt vor, daß Krankengeld vom dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung an gewährt wird. Wenn nun ein Mitglied am Tage der Erkrankung in einem Krankenhause Aufnahme findet und die Kasse von diesem Tage an die vollen Kurkosten zahlt, also die Karenztage von vornherein mitbezahlt, kann die Kasse dann, wenn das Mitglied aus dem Krankenhause entlassen wird und die Kasse weiter Krankengeld und ärztliche Hilfe gewährt, die drei Karenztage in Abzug bringen.

Antwort: Nur während der ersten drei Tage der Krankheit braucht die Krankenkasse kein Krankengeld zu zahlen. Gewährt sie aber zunächst Krankenhauspflege, so muß sie von der Entlassung aus dem Krankenhause ab, falls die Erwerbsunfähigkeit andauert, sofort Krankengeld zahlen; denn Karenztage sind stets nur die ersten drei Tage der Krankheit. Nachträglich darf in solchen Fällen das Krankengeld für drei Tage nicht abgezogen werden.

Voraussetzungen der Befreiung von der Versicherungspflicht nach § 169 RVO.

5. Nach Elberfeld. Antwort: Der § 169 RVO. stellt zwei einander gleichstehende Möglichkeiten der Befreiung für die in Betrieben oder im Dienste des Reiches usw. Beschäftigten auf. Die eine ist, daß der Beschäftigte Anspruch haben muß mindestens „auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen". Wenn hierbei der § 179 angezogen ist, der als Regelleistungen außer der Krankenhilfe noch Wochengeld und Sterbegeld anführt, so ist doch zu beachten, daß § 169 nicht schlechthin einen Anspruch auf die Regelleistungen, sondern nur auf „Krankenhilfe" im Maße der Regelleistungen, also nur auf Krankenpflege und Krankengeld (§ 182) voraussetzt, nicht auch auf Wochenhilfe und Sterbegeld (§§ 195, 201, 202). Daß dies nicht etwa auf einer ungenauen Fassung beruht, sondern wirklich der Absicht des Gesetzes entspricht, dafür spricht der Umstand, daß die andere, gleichgestellte Möglichkeit der Befreiung nach § 169 die ist, daß dem Beschäftigten Anspruch auf Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet sein muß, wobei § 169 ausdrücklich nur auf § 182 verweist; daß ihm auch Wochengeld und seinen Hinterbliebenen Sterbegeld gewährleistet sein müsse, wird nicht erfordert. Auch § 3 KVG., welchem die Vorschrift des § 169 RVO. nachgebildet ist, erfordert als Voraussetzung der Befreiung nur einen Anspruch des Beschäftigten „in Krankheitsfällen", nicht auch Anspruch auf Leistungen bei Entbindung oder Tod. Daß demgegenüber eine Rechtsänderung beabsichtigt sei, dafür liegt nichts vor.

Nicht für richtig halten wir die Auffassung, daß bei Bemessung des anderthalbfachen Krankengeldes im Sinne des § 169 immer nur der in jeder Gehaltsklasse zu ermittelnde durchschnittliche Tagesentgelt bis fünf Mark zu berücksichtigen sei. Der in § 169 enthaltene Hinweis auf § 182 bedeutet, daß das Krankengeld allerdings nur „in Höhe des halben Grundlohns für jeden Arbeitstag" in Betracht kommt, so daß Mehrleistungen aus § 191 nicht berücksichtigt werden; aber die Höhe des Grundlohns wird ausschließlich durch die Satzung bestimmt (§ 180), und wenn die Satzung ihn gemäß § 180 Abs. 2 oder 4 abstuft oder nach dem wirklichen Arbeitsverdienst bis sechs Mark bemißt, so ist dieser Grundlohn maßgebend für das Krankengeld im Sinne des § 182 und folglich auch im Sinne des § 169, der ausdrücklich auf § 182 verweist.

Bekanntmachung von Satzungsänderungen; Beginn der Geltung.

6. Nach N. Antwort: Weder das Krankenversicherungsgesetz noch die Reichsversicherungsordnung schreibt vor, daß die Aenderung der Satzung öffentlich bekannt gemacht werden müsse. Wenn die Satzung eine solche Bekanntmachung vorschreibt, wird dadurch die Mitteilung von Abdrücken (§ 24 Abs. 3 KVG., § 325 RVO.) nicht entbehrlich. Die Satzung kann vorsehen, daß eine Aenderung erst mit der öffentlichen Bekanntmachung wirksam wird. Wo dies nicht vorgesehen ist, hängt die Wirksamkeit weder von der Veröffentlichung noch von der Mitteilung des Abdrucks ab (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 b zu § 324 u. Anm. zu § 325, S. 442, 446).

Kündigung eines Kassenangestellten nach zehnjähriger Beschäftigung.

7. Nach Düsseldorf. Antwort: Die im § 354 Abs. 2 RVO. vorgesehene Beschränkung des Kündigungsrechts der Kasse hat zur Voraussetzung, daß der Angestellte bei derselben Kasse mindestens zehn Jahre beschäftigt ist. Wenn aber der Angestellte gemäß §§ 290, 305 Abs. 2 RVO. übernommen wird, so bedeutet das, daß er das bisherige Beschäftigungsverhältnis bei der neuen Kasse fortsetzt; deshalb wird ihm in diesem Fall die frühere Beschäftigung bei der geschlossenen Kasse auch im Sinne des § 354 Abs. 2 anzurechnen sein.

Geldstrafen gegen Kassenangestellte; Verjährung; Beschwerde.

8. Nach Berlin. Antwort: Strafen, denen sich der Angestellte vertragsmäßig unterworfen hat, sind Vertragsstrafen im Sinne der §§ 339 ff. BGB. und verjähren, beim Mangel besonderer Vorschriften, nach §§ 195, 198 BGB. in 30 Jahren von der Zuwiderhandlung, durch welche die Strafe verwirkt wird. Gleiches wird auch künftig hinsichtlich der gemäß § 352 RVO. in der Dienstordnung vorgesehenen Geldstrafen gelten; die §§ 147, 148 RVO. sind nicht anwendbar, weil sie nur für Zuwiderhandlungen gegen die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung gelten. Gegen die Verhängung der Strafe

Digitized by Google

durch den Vorstand findet Antrag auf Entscheidung durch das Versicherungsamt und gegen dessen Entscheidung Beschwerde an das Oberversicherungsamt statt, welches endgültig entscheidet (§ 358 Abs. 1, 2, 4 RVO.). Dies gilt nach Art. 38 Einf.Ges. z. RVO. schon jetzt.

Ordnungsstrafrecht der Krankenkassen gegenüber widersetzigen Kranken.

9. Nach Stade. Antwort: Nur im Umfange des § 529 RVO. kann die Krankenkasse ein Ordnungsstrafrecht ausüben. Daher ist die Bestimmung, daß beim Zuwiderhandeln gegen die Krankenordnung und die ärztlichen Anordnungen eine Entziehung der Unterstützung bis auf die Regelleistungen soll eintreten dürfen, unzulässig. Ferner ist es nicht statthaft, Familienangehörige mit Entziehung der Unterstützung zu bestrafen. Ihnen gegenüber hat die Kasse überhaupt kein Strafrecht.

Vorschlagslisten mit weniger Bewerbern, als Vertreter zu wählen sind, sind zulässig nach der Musterwahlordnung.

10. Nach Osnabrück. Antwort: Die Musterwahlordnung für Betriebskrankenkassen läßt, soweit es sich nicht um den Wahlvorschlag des Vorstandes handelt, zu, daß ein Vorschlag weniger Bewerber benennt, als Vertreter zu wählen sind. Wie zu verfahren ist, wenn er zu wenig enthält, ist in § 17 Fassung 1 Abs. 4 und 5, Fassung 2 Abs. 5—7 gesagt.

Aufwärterinnen sind krankenversicherungspflichtig.

11. Nach Merseburg. Antwort: Es ist unbestritten, daß nach der Reichsversicherungsordnung Aufwärterinnen der Krankenversicherung unterliegen. Sie sind als Gehilfen (§ 165 Ziff. 1) zu betrachten. Denn es werden darunter nicht nur Gewerbegehilfen verstanden, sondern alle Hilfspersonen eines Arbeitgebers, „deren Tätigkeit in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht der des Arbeiters, Gesellen oder Dienstboten im wesentlichen gleichwertig ist". (Anleitung des Reichsversicherungsamts unter Nr. 38.)

Einer Betriebskrankenkasse gehören nur die Arbeiter des in der Satzung genannten Unternehmens an. — Beamtencharakter der pensionsfähigen Kassenangestellten.

12. Nach E. Antwort: a) Die Betriebskrankenkasse ist nicht ohne weiteres zuständig für alle Unternehmungen eines Arbeitgebers, sondern nur für diejenigen, die im Statut genannt sind. Da dieses in Ihrem Falle ausdrücklich bestimmt, daß die Betriebskrankenkasse für die Fabrik in T. errichtet sei, so gehören ihr nicht auch die Arbeiter der in E. gelegenen Fabrik desselben Unternehmers an. Soll das der Fall sein, so müßte die Satzung entsprechend geändert werden. Ihre Kasse kann nach der Sachlage Nachzahlung der Beiträge von dem Unternehmer verlangen; Anspruch auf einen entsprechenden Teil des Reservefonds der Betriebskrankenkasse, bei der die Arbeiter der Fabrik in E. zu Unrecht angemeldet waren, hat sie nicht. Der Unternehmer seinerseits kann Rückzahlung dieser Beiträge aus der Betriebskrankenkasse verlangen.

b) Daß der Rechnungsführer Anspruch auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge nach Maßgabe der für die preußischen Staatsbeamten geltenden Bestimmungen hat, macht ihn noch nicht zum Beamten, noch hat er deswegen die Rechte und Pflichten eines solchen. Infolgedessen würde er der Dienstordnung unterstehen. Indessen nach einem Erlaß des preußischen Handelsministers vom 8. März 1913 (Arb.-Versorgg. 30 S. 373) ist beabsichtigt auch denjenigen Angestellten, die mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind, die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten zu übertragen; allerdings ist dann die Genehmigung des Oberversicherungsamts für die Anstellung mit Anrecht auf Ruhegehalt erforderlich.

Die Dienstordnungen sind schon jetzt aufzustellen und zur Genehmigung einzureichen.

13. Nach Berlin. Ueber die Dienstordnung, die noch vor dem 1. Januar 1914 aufzustellen ist, beschließen sowohl der jetzige Vorstand, wie die Generalversammlung — diese an Stelle des noch nicht bestehenden Ausschusses —. Das gilt in gleicher Weise für die zu allgemeinen auszugestaltenden Ortskrankenkassen und für die besonderen. Sie ist auch schon jetzt dem Oberversicherungsamt zur Genehmigung einzureichen. Ebenso gilt schon jetzt § 359 Abs. 1 RVO., soweit es sich um Beamte handelt, die vom 1. Januar 1914 ab eingestellt werden sollen.

Bewilligung einer Badereise für ein Vorstandsmitglied der Kasse.

14. Nach K. Antwort: Das Vorstandsmitglied kann nur dieselben Ansprüche wie die anderen Kassenmitglieder stellen; eine Bevorzugung darf ihm nicht zu teil werden, mag es sich auch um die Kasse verdient gemacht haben. An sich kann diese auch eine Badereise bewilligen, wenn sie der Heilung einer bestehenden Krankheit dienen, nicht etwa bloß dem möglichen Ausbruch einer solchen vorbeugen oder lediglich eine Erholung bezwecken soll, wie sie jedem, auch einem Gesunden, dienlich ist (vgl. Preuß. Oberverwaltungsgericht in der Arb.-Versorgg. 29 S. 182).

Krankenunterstützung bei chronischen Leiden.

15. Nach Hamburg. Frage: Unsere Kasse gewährt eine Krankenunterstützung für 52 Wochen, bei Eintritt eines neuen Unterstützungsfalles innerhalb der nächsten 12 Monate jedoch nur für 13 Wochen, sofern es sich um die gleiche, nicht gehobene Krankheitsursache handelt. Ein Mitglied ist nun ein volles Jahr wegen Lungenleidens unterstützt worden, und zwar bis 1. Mai 1912. Am 1. August 1913, also nach 15 Monaten, ist es wieder wegen Lungenleidens arbeitsunfähig geschrieben worden. Müssen wir jetzt wieder volle 52 Wochen Unterstützung gewähren?

Antwort: Wenn das Mitglied in der Zeit vom 1. Mai 1912 bis 1. August 1913 wegen des Lungenleidens weder ärztlicher Behandlung bedurfte, noch auch erwerbsunfähig war, so würde jetzt ein neuer Unterstützungsfall vorliegen, und die Kasse müßte, da inzwischen mehr als 12 Monate vergangen sind, wieder für volle 52 Wochen Unterstützung gewähren, obwohl es sich offenbar um dieselbe nicht gehobene Krankheitsursache handelt.

Neue Aerzteverträge.

Wir bitten diejenigen Kassen, welche schon neue Aerzteverträge abgeschlossen haben, um Angabe des bisherigen und neuen Pauschalsatzes.

Allgemeine Ortskrankenkasse
Perleberg.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **1. Oktober 1913.**

Redaktion:	Nr. 28	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die Erstattung des Beitragsteiles Invalidenversicherungspflichtiger aus dem Entgelt, wenn dieser nur aus Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird (§ 1437 RVO.).

Von Magistratsassessor **Dr. Goerlitz** in Breslau.

Auf Grund des § 110 RVO. ist in Preußen kürzlich die Entscheidung darüber, wie der Beitragsteil Invalidenversicherungspflichtiger aus ihrem Entgelt zu erstatten ist, wenn dieser nur aus Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird (§ 1437 RVO.), den Regierungspräsidenten übertragen worden. Die Versicherungsämter werden bald in Berichten zu dieser Frage Stellung zu nehmen haben. Die folgenden kurzen Erörterungen sollen zur Klärung einiges beitragen.

Ob für den Erlaß von Bestimmungen auf Grund des § 1437 RVO. und des § 180 AVG., der dem § 1437 RVO. vollkommen entspricht, ein dringendes Bedürfnis besteht, ist zum mindesten fraglich. Ein so großes Versicherungsamt wie das der Stadt Breslau hat sich bisher nur mit zwei Fällen, bei deren Regelung Bestimmungen auf Grund des § 1437 RVO. in Betracht hätten kommen können, zu befassen gehabt. In dem einen Falle fragte ein Hausbesitzer, der seinem Haushälter lediglich freie Wohnung als Entgelt gewährt hatte, nach dessen Entlassung an, wie er den Haushälter zur Erfüllung seines Versprechens, ihm die Hälfte der Invalidenversicherungsbeiträge zu erstatten, zwingen könne. In dem anderen Falle stellte ein Kellner, der vom Wirte kein Entgelt, sondern nur von den Gästen Trinkgelder bezogen hatte, nach seiner Entlassung den Antrag, dem Wirte die Rückerstattung der Beitragshälften, die er selbst ihm während der Dienstzeit abredegemäß entrichtet hatte, wegen Vorliegens einer ungerechtfertigten Bereicherung aufzugeben. Daß Streitigkeiten, für welche Bestimmungen auf Grund des § 1437 RVO. von Bedeutung sein könnten, nur so selten vorkommen, hat darin seinen Grund, daß die Arbeitgeber bei der Gewährung von bloßem Sachentgelte in der Regel auf die Beitragserstattung verzichten und das Entgelt von vornherein entsprechend niedriger bemessen, ferner aber, daß die sehr häufigen Verträge zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, nach denen dieser seinen Beitragsteil zu entrichten hat, rechtswirksam sind und, wenn sie auch mit Rücksicht auf den im § 1432 Abs. 1 RVO. enthaltenen allgemeinen Grundsatz als sogenannte Naturalobligationen keinen Rechtsanspruch auf die Erstattung des Beitragsteiles gewähren, doch vom Arbeitnehmer zur Vermeidung der Kündigung erfüllt werden. Ansprüche wegen ungerechtfertigter Bereicherung kann der Arbeitnehmer, da auch eine Naturalobligation einen rechtlichen Grund darstellt, nicht erheben. In den Gründen eines nach

Digitized by Google

§ 1461 RVO. endgültigen Beschlusses des Versicherungsamtes der Stadt Breslau vom 8. August 1913, durch welchen der zweite oben erwähnte Fall entschieden worden ist, findet sich folgende eingehende Beurteilung der Rechtslage:

Die Bestimmungen über die „Aufbringung der Mittel" für die Invalidenversicherung werden in § 27 IVG. wie in § 1387 RVO. durch den allgemein geltenden Grundsatz eingeleitet, daß das Reich, die Arbeitgeber und die Versicherten sie aufbrächten. Das Gesetz will, daß der Versicherte für den Fall seiner Invalidität, für sein Alter und für seine Hinterbliebenen wenigstens zum Teil aus eigenen Mitteln Sorge trage und nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten habe. Bei Berücksichtigung des vom Gesetze gehegten Willens ist es selbstverständlich, daß die Pflicht der Versicherten zur teilweisen Aufbringung der Mittel dadurch nicht berührt wird, ob sie ihr Entgelt vom Arbeitgeber oder von dritter Seite erhalten. Nur die Art und Weise, auf welche die Versicherten zur Leistung ihres Beitragsteils vom Arbeitgeber herangezogen werden, der nach § 140 IVG. und § 1426 RVO. für sich und die Versicherten den Beitrag nach außen hin — an den Versicherungsträger — zu entrichten hat, ist naturgemäß von derartigen Aeußerlichkeiten beeinflußt. Erhalten die Versicherungspflichtigen vom Arbeitgeber Barlohn, so müssen sie sich vom Arbeitgeber nach § 142 IVG. und § 1432 RVO. die Hälfte der Beiträge vom Barlohn abziehen lassen. Empfangen die Versicherungspflichtigen nur von dritter Seite Entgelt, so kann ihre Heranziehung zur Leistung ihres Beitragsteils natürlich nicht in gleicher Weise geschehen. Für diesen Fall überläßt § 1437 RVO. der obersten Verwaltungsbehörde die Bestimmung, wie der Beitragsteil der Versicherungspflichtigen aus ihrem Entgelt zu erstatten sei. Nur die Art und Weise der vom Gesetze gewollten Heranziehung der Versicherungspflichtigen wird der obersten Verwaltungsbehörde überlassen (zu vgl. auch Düttmann-Seelmann, Anm. 3 zu § 1437 RVO.[1]). Ein Bedürfnis für eine derartige Bestimmung, welche die zwangsweise Heranziehung der Versicherungspflichtigen zum Gegenstand haben würde, ist bisher nicht anerkannt worden, da mit Vereinbarungen zwischen Arbeitgeber und Versicherungspflichtigen über deren Heranziehung zur Beitragsleistung gerechnet werden kann. Solche Vereinbarungen sind rechtswirksam, denn sie führen einen vom Gesetz gewollten Zustand, der sich auf andere Weise nicht verwirklichen läßt, herbei.

Das Abkommen unter den Parteien, durch das die Heranziehung des Klägers in halber Höhe der Beiträge ermöglicht wurde, ist demnach rechtsgültig. Die Parteien haben die Beiträge zu Recht geleistet und empfangen. Der Anspruch des Klägers auf Rückzahlung der Beiträge ist daher unbegründet.

Sollen nunmehr, obwohl ein dringendes Bedürfnis kaum besteht, Bestimmungen auf Grund des § 1437 RVO. erlassen werden, so ist vor allem zu beachten, daß mit Rücksicht auf § 1432 Abs. 1 Satz 2 RVO. dem Arbeitgeber ein klagbarer Anspruch überhaupt nicht gewährt werden kann (zu vgl. Bernstein-Kupferberg, Kommentar zum Versicherungsgesetze für Angestellte, Anm. 3 zu § 180). Hierdurch wird der Erlaß von zweckmäßigen Vorschriften sehr erschwert. Angezeigt ist eine Bestimmung, daß der Arbeitgeber an den Sachbezügen bis zur Erstattung des Beitragsteiles des Versicherten ein Zurückbehaltungsrecht habe. Eine solche Bestimmung wird dem Gedanken in § 1432 gut entsprechen, jedoch in einem wichtigen Falle des Sachentgeltes, nämlich bei der Gewährung von freier Wohnung auf tatsächliche Schwierigkeiten stoßen. Die Verleihung des Rechtes an den Arbeitgeber, das von einem Dritten zu zahlende Entgelt zwecks Abzugs des Beitragsteiles in Empfang zu nehmen, wird im Leben noch weniger oder überhaupt nicht durchführbar sein. Es wird sich daher empfehlen, der Bestimmung etwa folgende Fassung zu geben:

„Versicherungspflichtige, deren Entgelt nur aus Sachbezügen besteht oder von Dritten gewährt wird, haben dem Arbeitgeber ihren Beitragsteil in der durch § 1432 Abs. 1 RVO. bestimmten Höhe zu erstatten. Der Arbeitgeber ist berechtigt, bis zur Erstattung des Beitragsteiles Sachbezüge in angemessener Höhe zurückzubehalten."

[1]) Anmerkung der Redaktion: Das ist trotz der Wortfassung des § 1437 mehr als zweifelhaft. Eine entsprechende Vorschrift enthält für die Krankenversicherung der § 394 Abs. 2. Die Begr. hierzu (S. 225 zu § 424 Entw.) bemerkt, die oberste Verwaltungsbehörde solle ermächtigt sein, „je nach den örtlichen Verhältnissen das Heranziehen der Versicherten zu den Beiträgen auch bei anderen Lohnformen zuzulassen und zu regeln". Ohne solche behördliche Zulassung bleibt also die Heranziehung unzulässig (Hahn, Handb. der Krankenversi. S. 559 Anm. 2 zu § 394) und eine abweichende Vertragsabrede nach § 139 Abs. 2 nichtig. Das muß nach der ganz entsprechenden Fassung und Absicht der § 1432 Satz 2, § 1437 auch für die Invalidenversicherung gelten.

Digitized by Google

Ersatzansprüche bei erweiterter Krankenpflege.

Nach §§ 426—428 RVO. kann die Landkrankenkasse unter bestimmten Voraussetzungen durch die Satzung für die in der Landwirtschaft Beschäftigten erweiterte Krankenpflege einführen, nach § 435 auch für Dienstboten und nach § 487 für Hausgewerbetreibende. Dienstboten, die in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen sind, ist die erweiterte Krankenpflege, auch wenn sie durch die Satzung nicht eingeführt ist, auf Antrag des Dienstberechtigten oder des Dienstboten ferner dann zu gewähren, wenn die Krankheit ansteckend ist, oder wenn er nach ihrer Art in der häuslichen Gemeinschaft nicht oder nur unter erheblicher Belästigung des Dienstberechtigten behandelt oder verpflegt werden kann (§ 437 RVO.). Die Einführung der erweiterten Krankenpflege durch die Satzung (§§ 426—428, 435, 487 RVO.) ist nur den Landkrankenkassen gestattet; § 437 RVO. gilt dagegen auch für Ortskrankenkassen; zu vgl. Hoffmann, Kommentar z. RVO. Bd. II § 437 Anm. 1 S. 560, Hahn, Handb. der Krankenvers. § 437 S. 612, ferner § 67 der amtlichen Mustersatzung für Ortskrankenkassen in solchen Bezirken, in denen Landkrankenkassen nicht errichtet sind und § 22a der Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen. Dienstboten, die einer Ortskrankenkasse angehören, haben also unter den in § 437 RVO. angegebenen Voraussetzungen Anspruch auf erweiterte Krankenpflege.

Als erweiterte Krankenpflege wird statt der Krankenpflege und des Krankengeldes Kur und Verpflegung in einem Krankenhause oder in einer ähnlichen Heilanstalt gewährt. Diese Leistung gilt als Regelleistung (§ 429 RVO.). Es besteht also da, wo die erweiterte Krankenpflege durch die Satzung eingeführt worden ist oder nach § 437 RVO. gewährt werden muß, ein rechtlicher Anspruch auf Krankenhauspflege. Unter Krankenhäusern in diesem Sinne sind nicht nur die Krankenhäuser in engerem Sinne zu verstehen, sondern auch alle anderen ähnlichen Anstalten, wie z. B. Irrenanstalten, Lungenheilstätten, Genesungsheime usw. Dies wird bei Auslegung des § 184 RVO., der nur von Kur und Verpflegung in einem „Krankenhause" spricht, in der Wissenschaft allgemein angenommen; zu vgl. Hoffmann, Bd. II § 184 Anm. 6 S. 180; Hahn, Handb. der Krankenvers. § 184 Anm. 2c S. 231; Rosin I S. 386. Bei der erweiterten Krankenpflege ist dies noch zweifelloser, denn das Gesetz sagt im § 427 „in einem Krankenhause oder in einer ähnlichen Heilanstalt". — In den Kommentaren von Hoffmann (§ 429 S. 553) und Hahn (§ 429 S. 605) wird für den Begriff „Kur und Verpflegung in einem Krankenhause" im Sinne des § 429 auf die Erläuterungen zu § 184 hingewiesen. Das deutet darauf hin, daß auch diese Kommentatoren unter Krankenhaus im § 429 dasselbe verstehen wie im § 184[1]).

Es entsteht die Frage, wie die Ersatzansprüche an die Krankenkasse sich gestalten, wenn die Krankenkasse zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichtet ist.

1. Ersatzansprüche der Landesversicherungsanstalten. Vorausgeschickt mag werden, daß bei einer ordentlichen Geschäftsführung der Landkrankenkassen Fälle, in denen die Landesversicherungsanstalten von den Landkrankenkassen Ersatz für Durchführung eines Heilverfahrens beanspruchen können, kaum vorkommen werden. Die Landesversicherungsanstalten haben nicht die Aufgabe, den Krankenkassen einen Teil ihrer Leistungen abzunehmen, sondern sie beschränken sich darauf, ein Heilverfahren dann durchzuführen, wenn entweder ein Anspruch an die Krankenkasse nicht besteht oder die Leistungen der Krankenkasse zur Erreichung des Kurerfolges nicht genügen. Dies war nach bisherigem Rechte dann der Fall, wenn ein Heilverfahren in einer teueren Anstalt, z. B. einer Lungenheilstätte, einer auswärtigen Kuranstalt, einem orthopädischen

[1]) Das ist, soweit es Hahn betrifft, unrichtig. Er hebt ausdrücklich hervor, daß die Hinzufügung der „ähnlichen Heilanstalten" auf der Berücksichtigung ländlicher Verhältnisse beruht und daß namentlich an Siechenhäuser, Armenhäuser, Krankenstuben zu denken sein wird, sofern für gehörige Pflege von Kranken vorgesorgt ist. (Anm. der Redaktion.)

Digitized by Google

Institut notwendig war. Die Krankenkassen waren bisher zur Gewährung von Krankenhauspflege überhaupt nicht verpflichtet und sie lehnten sie auch tatsächlich meist ab, wenn teuere Kuren in Frage kamen. Nur einige größere Krankenkassen besitzen eigene Lungenheilstätten oder sonstige Anstalten, in denen sie ihren Mitgliedern die erforderliche Heilbehandlung gewähren. Im übrigen mußten die Landesversicherungsanstalten eintreten.

Das wird in Zukunft überall da anders, wo erweiterte Krankenpflege eingeführt ist: für die ersten 26 Wochen müssen die Krankenkassen die Heilanstaltspflege gewähren. Es ist selbstverständlich, daß eine Landkrankenkasse, die erweiterte Krankenpflege zu gewähren hat, einen landwirtschaftlichen Arbeiter oder Dienstboten nicht in ein gewöhnliches Krankenhaus legen darf, wenn von einer Kur in einem solchen ein ausreichender Heilerfolg nicht zu erwarten ist. Lungenkranke Versicherte, die heilbar sind und kein Fieber haben, gehören nach dem heutigen Stande der Wissenschaft in eine Lungenheilstätte, geisteskranke Versicherte in eine Heil- oder Bewahranstalt für Geisteskranke usw. Augenkranke, die augenärztlicher Hilfe in einer Anstalt bedürfen, müssen einer auswärtigen Anstalt zugeführt werden, wenn diese Hilfe in der heimatlichen Krankenanstalt nicht geleistet werden kann. Eine Landkrankenkasse, die derartige Kranke in ein gewöhnliches Krankenhaus legen wollte, würde ihrer Pflicht nicht genügen. Daß die Kosten in einer auswärtigen Heilanstalt meist um ein vielfaches höher sind als der Aufenthalt in einem kleineren Krankenhause, ist kein Grund für die Landkrankenkasse zur Ablehnung kostspieligerer Kuren. Der Versicherte hat vielmehr, wenn erweiterte Krankenpflege eingeführt ist, einen unbeschränkten Anspruch auf Unterbringung in einer der Krankheit entsprechenden Heilanstalt (§ 429 RVO). Es ist auch nur billig, daß die Landkrankenkasse, wenn sie durch Einführung der erweiterten Krankenpflege die Ansprüche des Versicherten auf Krankengeld beseitigt, wenigstens auf dem Gebiete der Krankenhauspflege alles Erforderliche leistet.

Richtig ist, daß die Auswahl der Anstalt in das Ermessen des Vorstandes der Landkrankenkasse gestellt ist. Dieses Ermessen darf aber kein willkürliches, sondern muß ein pflichtmäßiges Ermessen sein. Die Sache liegt rechtlich ebenso, wie bei der Gewährung ärztlicher Hilfe. Es besteht zunächst nur Anspruch auf Behandlung durch den Kassenarzt. Reicht diese Behandlung nach Lage des Einzelfalles nicht aus, so hat der Versicherte Anspruch auf Behandlung durch einen anderen Arzt, insbesondere einen Spezialarzt; zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 4c zu § 182 S. 214; Hoffmann, Bd. II § 182 Anm. 4 S. 214. Nach denselben Grundsätzen ist bei erweiterter Krankenpflege, wenn die Behandlung in einem allgemeinen Krankenhause zur Erzielung eines ausreichenden Kurerfolges nicht ausreicht, Behandlung in einer Spezialanstalt zu gewähren.

Hiernach werden die Landesversicherungsanstalten da, wo erweiterte Krankenpflege eingeführt ist, im allgemeinen erst nach Ablauf der ersten 26 Wochen in die Lage kommen, ein Heilverfahren zu übernehmen.

Wie ist aber die Rechtslage, wenn trotzdem die Landesversicherungsanstalt während der ersten 26 Wochen das Heilverfahren übernimmt, wozu sie insbesondere in der ersten Zeit nach völligem Inkrafttreten des II. Buchs der Reichsversicherungsordnung zuweilen genötigt sein wird, weil die Landkrankenkassen sich erst allmählich einarbeiten werden und auch später, wenn z. B. die Versicherungspflicht usw. von der Krankenkasse bestritten wird. Nach § 1518 Abs. 2 RVO. hat die Krankenkasse der Versicherungsanstalt Ersatz zu leisten, soweit der Kranke nach Gesetz oder Satzung Krankengeld zu beanspruchen hätte. Bei einer mechanischen Anwendung des Gesetzes könnte angenommen werden, daß die Versicherungsanstalt in diesen Fällen überhaupt keinen Ersatzanspruch hätte, weil bei der erweiterten Krankenpflege der Versicherte von der Krankenkasse kein Krankengeld zu beanspruchen hat. Eine solche Auslegung wäre indessen nicht zutreffend. Wenn im § 1518 Abs. 2 RVO. bestimmt wird, daß die Versicherungsanstalt Ersatz nur zu beanspruchen hat, wenn der Kranke von der Krankenkasse hätte Krankengeld beanspruchen können, so liegt dem die Erwägung zugrunde, daß die Krankenkasse durch das Heilverfahren der Versicherungsanstalt nicht belastet werden soll. Für Krankenpflege soll sie überhaupt keinen Ersatz leisten, denn durch die Inanspruchnahme

Digitized by Google

der ärztlichen Hilfe entstehen wegen der gezahlten Pauschalsätze meist keine weiteren Kosten. Auch Krankengeld hat die Krankenkasse an die Landesversicherungsanstalt dann nicht zu zahlen, wenn sie es nicht auch sonst hätte zahlen müssen, also dann nicht, wenn nicht Arbeitsunfähigkeit vorlag oder wenn der Versicherte — etwa von der 26. bis 39. Woche — nur noch Anspruch auf Krankenpflege, nicht auch auf Krankengeld hatte. Andererseits soll aber die Krankenkasse durch das Eintreten der Versicherungsanstalt auch nicht entlastet werden; sie hat daher das Krankengeld, das sie ohnehin hätte zahlen müssen, der Versicherungsanstalt zu überweisen.

Betrachtet man die Sache von diesem Gesichtspunkte aus, so ergibt sich, daß die Versicherungsanstalt einen Ersatzanspruch an die Krankenkasse hat. Durch die Ueberweisung des Kranken in eine Heilstätte würde die Krankenkasse ohne Grund entlastet werden. Das ist offenbar nicht die Absicht des Gesetzgebers gewesen; er würde sonst diese erhebliche Abweichung von den sonst geltenden Grundsätzen irgendwie erwähnt haben. Daß die hier vertretene Auffassung richtig ist, der Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt also besteht, wird durch folgende Erwägung bestätigt: Schon nach bisherigem Rechte konnte die Krankenkasse in bestimmten Fällen Krankenhauspflege gewähren. Hatte die Krankenkasse von ihrem Wahlrecht Gebrauch gemacht, und den Versicherten in ein Krankenhaus gelegt, so war dessen Anspruch auf Krankengeld erloschen; an dessen Stelle war die Krankenhauspflege getreten. Es hat stets als selbstverständlich gegolten, daß der Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt auch in diesen Fällen vorhanden war. Zu vgl. auch die für die Ersatzansprüche der Armenverbände ergangenen Entscheidungen des Bad. Verwaltungsgerichtshofs vom 13. Dezember 1894, Arb.-Versorgg. 1895 S. 309, des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 16. März 1901, Arb.-Versorgg. 1901 S. 390, des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 16. November 1903, Arb.-Versorgg. 1904 S. 108.

Es entsteht die weitere Frage, in welchem Umfange bei der erweiterten Krankenpflege Ersatz zu leisten ist. Ein Krankengeld, das der Versicherungsanstalt zu überweisen wäre, ist nicht vorhanden. Es scheint aber unbedenklich zu sein, anzunehmen, daß die Landkrankenkasse die Kosten der Krankenhauspflege, die sie erspart hat, ersetzen muß. Das entspricht dem Grundsatz, daß durch das Eintreten der Versicherungsanstalt im allgemeinen eine Entlastung der Krankenkasse nicht eintreten soll und daß die Krankenhauspflege an Stelle des Krankengeldes gewährt wird. Eine Teilung der Krankenhauskosten in Kur- und Verpflegungskosten ist meist nicht möglich. Wo erweiterte Krankenpflege nicht eingeführt ist, hat der Versicherte Anspruch auf Krankengeld und dieses hat die Krankenkasse der Versicherungsanstalt zu erstatten. Nach Einführung der erweiterten Krankenpflege tritt an Stelle des Anspruchs auf Krankengeld der Anspruch auf Krankenhauspflege. Bei analoger Anwendung des § 1518 Abs. 2 RVO. ergibt sich, daß die Krankenkasse die Krankenhauskosten zu erstatten hat. Eine Belastung der Krankenkasse wird dadurch nicht herbeigeführt, denn sie hat nur das zu erstatten, was sie hätte aufwenden müssen, wenn sie selbst ihre Verpflichtungen erfüllt hätte.

Weiter können Zweifel darüber entstehen, welche Krankenhauskosten die Landkrankenkasse zu ersetzen hat, denn die Verpflegungssätze sind in den verschiedenen Heilanstalten sehr verschieden. Es ist davon auszugehen, daß die Landesversicherungsanstalten an Kurkosten nur das aufwenden, was nötig ist. Das hätte aber auch die Krankenkasse gewähren müssen, wenn die Versicherungsanstalt nicht eingetreten wäre. Daher ist anzunehmen, daß die Krankenkasse die vollen Verpflegungssätze der betreffenden Heilanstalt zu ersetzen hat. Dabei wird ihr der Nachweis, daß eine billigere Heilanstalt denselben Erfolg gehabt hätte, freistehen; denn eine Mehrbelastung der Krankenkassen soll durch das Eintreten der Versicherungsanstalten nicht herbeigeführt werden.

Wird die erweiterte Krankenpflege auf Grund des § 437 RVO. gewährt, so besteht der Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt nur in Höhe des Krankengeldes. Denn in diesen Fällen hat der Versicherte grundsätzlich Anspruch auf Krankengeld und nur auf Antrag unter besonderen Voraussetzungen Anspruch auf die erweiterte Krankenpflege. Das gleiche gilt übrigens dann, wenn die Krankenkasse auf Grund des § 184 Abs. 4 RVO. Krankenhauspflege gewähren muß.

Digitized by Google

Wäre der Versicherungsanstalt ein Ersatzanspruch durch § 1518 Abs. 2 nicht gegeben, so hätte sie sich den Anspruch auf die erweiterte Krankenpflege abtreten lassen können. Diese Abtretung hätte nach § 119 Abs. 2 RVO. vom Versicherungsamt genehmigt werden müssen, wenn die Versicherungsanstalt die Einleitung des Heilverfahrens von dieser Uebertragung abhängig gemacht hätte, die Uebertragung also für den Versicherten von Nutzen gewesen wäre; Schaden hat er nie davon.

Schließlich mag noch darauf hingewiesen werden, daß nach § 1519 RVO. die Versicherungsanstalt, die ein Heilverfahren eintreten läßt, die Fürsorge für den Kranken seiner Krankenkasse in dem Umfange übertragen kann, den die Versicherungsanstalt für geboten hält. Die Versicherungsanstalt ist also z. B. befugt, die Krankenkasse zu beauftragen, einen lungenkranken Versicherten in eine Lungenheilstätte zu entsenden. Werden dadurch der Kasse Leistungen über den Umfang ihrer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungen hinaus auferlegt, so hat die Versicherungsanstalt die Mehrkosten zu ersetzen (§ 1519 Abs. 2 RVO.). Bei der erweiterten Krankenpflege kommt ein solcher Ersatz nicht in Frage, denn die Krankenkasse ist selbst zur Gewährung der Heilanstaltsbehandlung verpflichtet.

2. Ersatzansprüche der Armenverbände. Wenn ein Armenverband Krankenhauspflege gewährt, so hat die Krankenkasse nach § 1533 RVO. Ersatz zu leisten. Die Kosten der Krankenhausbehandlung sind zu zerlegen in die Kosten der Krankenpflege und die Kosten des Unterhalts im Krankenhause. Jene sind nach § 1533 Nr. 2 RVO. zu ersetzen; der Ersatzanspruch besteht also in Höhe von drei Achteln des Grundlohns. Die Kosten des Unterhalts im Krankenhaus werden nach § 1533 Nr. 3 ersetzt; d. h. es wird für den Unterhalt des Unterstützten im Krankenhause die Hälfte des Grundlohnes angesetzt. Für den Umfang des Ersatzanspruchs gilt aber § 1506, d. h. der Anspruch ist nur begründet bis zum halben Betrage der Bezüge, die auf die Zeit fallen, für welche die Ansprüche auf Kassenleistungen mit der Armenunterstützung zusammenfallen. Das Ergebnis wird durch ein Beispiel klarer:

Der Armenverband bringt einen Versicherten, der Anspruch auf Krankenhilfe an eine Krankenkasse hat und für den der Grundlohn auf 2 M. festgesetzt ist, im Krankenhause unter und verpflegt ihn dort vom 1. bis 30. April. Zur Berechnung des Ersatzanspruchs des Armenverbandes sind die Kosten der Krankenhauspflege zu teilen in die Kosten der Krankenpflege und die Kosten des Unterhalts im Krankenhause. Für die Kosten der Krankenpflege sind nach § 1533 Nr. 2 drei Achtel des Grundlohns zu ersetzen, also $\frac{2\text{ M.} \cdot 3 \cdot 30}{8}$ $= 22{,}50$ M. Diese sind nicht aus dem Krankengeld, sondern daneben zu ersetzen. Außerdem wird nach § 1533 Nr. 3 für die Kosten des Unterhalts im Krankenhaus die Hälfte des Grundlohns angesetzt, also $\frac{2\text{ M.} \cdot 30}{2} = 30$ M. Diese 30 M. bilden den Betrag, der an sich erstattungsfähig ist. Der Umfang des Ersatzanspruchs wird nach § 1506 Abs. 1 bestimmt (zu vgl. Seelmann, die Ersatzansprüche der Armenverbände nach der Reichsversicherungsordnung S. 45, 42), d. h. der Anspruch des Armenverbandes ist nur begründet bis zum halben Betrage des Krankengeldes, das für den Monat April zu zahlen wäre, also $\frac{2 \cdot 1 \cdot 26}{2 \cdot 2} = 13$ M. Der Ersatzanspruch des Armenverbandes beträgt also nur 13 M. Wenn rückständiges Krankengeld in dieser Höhe zur Verfügung steht, kann der Armenverband sofort die Ueberweisung der 13 M. verlangen; steht rückständiges Krankengeld nicht zur Verfügung, so kann der Armenverband nur die fortlaufende Ueberweisung des halben Krankengeldes, also 50 Pfg. täglich, verlangen bis zur Befriedigung seines Ersatzanspruchs (§ 1507 RVO.).

Wie gestaltet sich nun der Ersatzanspruch des Armenverbandes, wenn der Versicherte Anspruch auf erweiterte Krankenpflege hat? Lehmanns Kommentar Bd. V § 1533 Anm. 15 Abs. 2 S. 97 nimmt an, daß sich die Lage des Armenverbandes nicht verbessere, da die dem Versicherten zustehenden Ansprüche auf den unterstützenden Armenverband nicht übergingen und der Umfang des Ersatzanspruchs nach den aus § 1533 Nr. 2, 3 sich ergebenden Pauschalsätzen bestimmt werde. Das ist meines Erachtens rechtsirrtümlich. Richtig ist, daß bezüglich der Kosten des Unterhalts derjenige

Digitized by Google

Betrag, der an sich erstattungsfähig ist, nach einem Pauschalsatze berechnet wird: Für den Unterhalt des Unterstützten im Krankenhause wird die Hälfte des Grundlohns angesetzt. Das ergibt in dem obigen Beispiele den Betrag von 30 M. Der Armenverband hat aber nicht ohne weiteres einen Anspruch darauf, daß ihm diese 30 M. ersetzt werden, vielmehr hat er nach § 1506 Abs. 1 nur Anspruch auf die Hälfte der dem Versicherten für die gleiche Zeit zustehenden Bezüge. Da dem Versicherten da, wo erweiterte Krankenpflege nicht eingeführt ist, nur Anspruch auf Krankengeld zusteht, hat der Armenverband nur Anspruch auf die Hälfte des auf die Unterstützungszeit entfallenden Krankengeldes, das waren in dem obigen Beispiel 13 M. Der Armenverband erhielt also von den nach dem Pauschalbetrag berechneten 30 M. nur 13 M. ersetzt. Sobald erweiterte Krankenpflege eingeführt ist, hat der Versicherte nicht Anspruch auf Krankengeld, sondern auf Krankenhauspflege. Die Hälfte dieses Anspruchs ist für den Umfang des Ersatzanspruchs des Armenverbandes maßgebend. Beträgt der Verpflegungssatz in dem betreffenden Krankenhause z. B. 2 M., so macht der Anspruch des Versicherten für den Monat April 2.30 = 60 M. Der Umfang des Ersatzanspruchs des Armenverbandes beträgt die Hälfte davon, also 30 M., so daß der Armenverband in diesem Beispiel die vollen nach dem Pauschbetrag berechneten Auslagen ersetzt erhielte.

Wenn von Lehmann a. a. O. angenommen wird, daß der Armenverband sich bei erweiterter Krankenpflege den Anspruch des Versicherten abtreten lassen könne, so halte ich die Richtigkeit dieser Auffassung für zweifelhaft. Nach § 119 Nr. 3 RVO. ist die Uebertragung nur in Höhe der gesetzlichen Ersatzansprüche zulässig. § 119 Abs. 2 RVO. wird regelmäßig nicht angewendet werden können, weil der Versicherte von der Uebertragung keinen Vorteil hat.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Geschäftliche Behinderung entschuldigt das Ausbleiben des Zeugen regelmäßig nicht.

Beschluß des **Kammergerichts** vom 28. April 1913.

Ein Zeuge hatte telegraphisch das Gericht um Terminsverlegung ersucht, weil er wegen einer geschäftlichen Angelegenheit verreisen müsse. Gleichwohl wurde er wegen Ausbleibens im Termin zu Strafe verurteilt und seine hiergegen erhobene Beschwerde vom Kammergericht zurückgewiesen. Gründe.

Geschäftliche Behinderung durch eine zur Terminstunde vorzunehmende Erwerbstätigkeit ist in der Regel kein genügender Entschuldigungsgrund, weil die Zeugenpflicht auch besteht, wenn durch die Wahrnehmung des Termins vom Zeugen ein Erwerb versäumt wird, wofür er gemäß § 401 der Zivilprozeßordnung und § 2 der Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige Entschädigung wegen Zeitversäumnis beanspruchen kann. Nur wenn durch die Erwerbsversäumnis ein unverhältnismäßiger Nachteil entstünde, würde dies die Terminverlegung rechtfertigen, und wenn der Antrag des Zeugen nicht mehr vor dem Termine gestellt werden kann, dessen Ausbleiben entschuldigen. Die Notwendigkeit einer solchen gerade am Terminstage erforderlichen geschäftlichen Tätigkeit, insbesondere also ihre Unaufschiebbarkeit, hat der Zeuge in seinem Antrage auf Terminsverlegung oder bei seiner nachträglichen Entschuldigung darzulegen unter näherer Angabe der Gründe, weshalb eine Unterlassung oder Verschiebung dieses Geschäfts oder eine Vertretung des Zeugen bei dessen Erledigung ihm einen unverhältnismäßigen Nachteil verursacht haben würde. Das gilt auch bei einem Zeugen, der, im festen Vertragsverhältnisse stehend, von seinem Arbeitgeber mit der Erledigung eines Geschäfts beauftragt worden ist. Ein solcher Zeuge hat darzulegen, daß er seinem Arbeitgeber seine Behinderung an der Erledigung des Geschäfts durch seine Zeugenpflicht mitgeteilt hat, daß trotzdem der Arbeitgeber die Erledigung durch den Zeugen selbst zur Terminszeit verlangt hat, und aus welchem der oben angegebenen Gründe dieses Verlangen gerechtfertigt war. Denn auch der Dienstverpflichtete kann sich gegenüber seinem Arbeitgeber darauf berufen, daß er an der Erfüllung seiner Verpflichtungen für die Dauer eines Termins durch seine Zeugenpflicht behindert sei und der Arbeitgeber kann nur dann verlangen, daß der Zeuge einen gerichtlichen Termin ver-

Digitized by Google

säumt, um ein Dienstgeschäft zu erledigen, wenn die Unterlassung oder Verschiebung dieses Geschäfts oder Wahrnehmung durch einen Vertreter dem Geschäftsherrn einen unverhältnismäßigen Nachteil zufügen würde.

Anmerkung: Gleiche Grundsätze werden im Hinblick auf §§ 1652, 1665, 1679, 1698, 1789 mit § 1574 RVO. (§ 24 Vrdg. über das Verf. von d. VA.) auch im Verfahren vor den Versicherungsbehörden zur Geltung zu bringen sein.

Für Anträge von Hinterbliebenen auf Versicherungsleistungen ist nicht das Versicherungsamt ihres Wohnorts, sondern das des letzten Wohn- oder Beschäftigungsorts des Verstorbenen zuständig.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 5. März 1913.

Nach § 1614 RVO. finden für die Hinterbliebenenversicherung hinsichtlich der Zuständigkeit des Versicherungsamts die §§ 1637 bis 1640 a. a. O. entsprechende Anwendung.

Damit entsteht die Frage, ob der Wohnort des Verstorbenen oder des Antragstellers die Zuständigkeit des Versicherungsamts begründet. Die Entscheidung hängt davon ab, ob man unter dem „Versicherten" im Sinne der §§ 1637, 1638 auch den zum Anspruch auf Hinterbliebenenrente Berechtigten verstehen kann. Dies geht aber nicht an, da der Ausdruck „Versicherter", welcher im Gesetze vorkommt, immer nur von demjenigen gebraucht wird, in dessen Person ein Versicherungsverhältnis zur Entstehung gelangt. Daraus folgt, daß die Hinterbliebenen nicht als „Versicherte" zu betrachten sind. Infolgedessen ist der letzte Wohn- oder Beschäftigungsort des Verstorbenen maßgebend. Mit dieser Auffassung stimmt auch überein, daß das Gesetz in besonderen Fällen (§ 1615 RVO. abweichend von der allgemeinen Regelung die Zuständigkeit desjenigen Versicherungsamts vorschreibt, in dessen Bezirke der „Berechtigte" wohnt. Einer solchen Vorschrift hätte es nicht bedurft, wenn das Versicherungsamt des Wohnorts des „Berechtigten" stets zuständig wäre.

Zu dem gleichen Ergebnis gelangt man auch um deswillen, weil bei mehreren Berechtigten, die ihren Wohnort in den Bezirken verschiedener Versicherungsämter haben, Zweifel entstehen könnten, welches Versicherungsamt zuständig ist. Gerade um diese Zweifel zu beseitigen, hat der Gesetzgeber den letzten Wohn- oder Beschäftigungsort des Verstorbenen bestimmt (zu vgl. Begr. zu § 1599 Entw. der RVO. S. 495).

Auch wesentliche Zweckmäßigkeitsgründe sprechen nicht gegen dieses Ergebnis. Zwar ist zuzugeben, daß den Berechtigten die Geltendmachung ihrer Ansprüche dadurch unter Umständen erschwert werden kann. Anderseits ist aber darauf hinzuweisen, daß stets da, wo Tatsachen aus dem Leben des Verstorbenen festzustellen sind, das Versicherungsamt des letzten Wohn- oder Beschäftigungsorts das berufene ist. Dies wird in besonders erheblichem Umfang auf dem Gebiete der Unfallversicherung der Fall sein. Da aber für Unfall- und Hinterbliebenenversicherung die gleichen Vorschriften (§ 1572, § 1592, § 1614, §§ 1637 ff. RVO.) anzuwenden sind, so verdient auch aus diesem Grunde die Meinung den Vorzug, daß der letzte Wohn- oder Beschäftigungsort des Verstorbenen für die Zuständigkeit des Versicherungsamts maßgebend ist.

B. Zur Krankenversicherung.

Beschränkung der Kassenleistungen bei rückfällig Kranken (§ 26a Ziff. 3 KVG.; § 188 RVO.). Bedeutung einer früheren Ablehnung angebotener Leistungen.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 17. April 1913.

Die Landesversicherungsanstalt, Klägerin, hat den der beklagten Kasse als Mitglied angehörigen Arbeiter R. in der Zeit vom 10. Januar bis zum 4. März 1911 auf Grund des § 18 JVG. in ihrem Genesungsheim behandelt und verpflegt und verlangt auf Grund des § 18 Abs. 3 daselbst von der Beklagten Zahlung des Krankengeldes, das dem R. innerhalb jenes Zeitraumes für 47 Tage zugestanden und 1,50 M. täglich, 70,50 M. im ganzen, betragen habe. Der Bezirksausschuß hat die Klage, dem Antrage der Beklagten entsprechend, abgewiesen, weil R. während des Heilverfahrens an derselben Krankheit wie während des vorangegangenen neunjährigen Rentenbezuges, nämlich einem Lungenleiden, einer Fortsetzung und unmittelbaren Folge der früheren Krankheit, gelitten habe, wegen dieser aber im Sinne des § 26a Abs. 2 Ziff. 3 KVG. ausgesteuert gewesen sei.

Die Revision der Klägerin ist begründet. Der Vorderrichter hat den § 26 a Abs. 2 Ziff. 3 KVG. unrichtig angewendet. Den Sinn dieser Vorschrift hat die Entscheidung des Senats vom 5. Mai 1904 Bd. 45 S. 361 der Amtl. Sammlg. dahin festgestellt, daß die darin bezeichneten „nächsten zwölf Monate" von dem Ablauf der dem neuen Unterstützungsfall vorausgegangenen Krankenunterstützung abzuberechnen sind, und daß innerhalb der diesem Zeitpunkt vorangegangenen zwölf Monate während

Digitized by Google

26 Wochen Krankenunterstützung gewährt worden sein muß. Von dieser inzwischen durch § 188 RVO. übernommenen und zu zweifelsfreiem Ausdruck gebrachten Auffassung kann der Vorderrichter nicht ausgegangen sein, da nach den eigenen Erklärungen der Beklagten vom 8. Februar und 4. April 1911 R. im Juni und Juli 1909, vom 11. Februar bis 26. März und vom 21. Juli bis 27. August 1910, also innerhalb des nach obigem maßgebenden Jahres vom 27. August 1909 bis dahin 1910 bei weitem nicht während 26 Wochen krank gewesen und von der Beklagten unterstützt worden ist. Die Vorentscheidung war daher aufzuheben und bei freier Prüfung aus demselben Grunde nach dem Klageantrag zu erkennen. Dieser Entscheidung steht der Umstand nicht entgegen, auf den die Beklagte sich beruft, daß R. nach dem letzten Krankengeldbezug auf Kosten der Kasse habe weiterbehandelt werden sollen, sich dieser Behandlung aber, um die Folgen des § 26 a Ziff. 3 KVG. zu vermeiden, entzogen habe. Die Beklagte irrt, wenn sie meint, daß R. dadurch den Anspruch auf die jetzt streitigen Kassenleistungen verwirkt habe. Dies Verhalten R. ist, gleichviel welches seine Rechtsfolgen im übrigen sein mögen, für die Anwendung der hier maßgebenden gesetzlichen Vorschrift der Ziff. 3 des § 26 a KVG. ohne Bedeutung, denn die darin vorgesehene Beschränkung der Kassenpflichten tritt nach dem klaren Wortlaut und Sinn des Gesetzes nur ein, wenn ein wirklicher Bezug von Kassenleistungen in dem dort vorgesehenen Umfange stattgefunden hat; angebotene, aber vom Versicherten nicht entgegengenommene Leistungen insoweit dem Bezuge gleichzustellen, fehlt jede Berechtigung. Auch bieten die Vorgänge keine Grundlage für die Auffassung, daß etwa R. in der ganzen Zeit zwischen seinem Ausscheiden aus der kassenärztlichen Behandlung am 27. August 1910 und dem Beginne des Heilverfahrens am 11. Januar 1911 krank im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes, d. h. ärztlicher Behandlung und Arznei bedürftig, oder erwerbsunfähig gewesen sei, deswegen in diesen beiden Unterstützungen ein einziger Krankheitsfall zu sehen und um deswillen der Unterstützungsanspruch des R. auf die Dauer von 26 Wochen vom Beginne der kassenärztlichen Behandlung am 21. Juli 1910 ab beschränkt sei.

Anmerkung: Die Entscheidung steht nicht etwa im Widerspruch mit unserer Auskunft 1910 S. 152 Ziff. 16. Damals hatte der Versicherte die ihm angebotenen Leistungen abgelehnt, obwohl er noch fortdauernd krank und erwerbsunfähig war, und es lag daher, als er die Kassenleistungen von neuem in Anspruch nahm, ein neuer Unterstützungsfall überhaupt nicht vor. In einem solchen Falle kann das Mitglied — wie auch aus der Schlußausführung der vorliegenden Entscheidung zu entnehmen ist — sich nicht willkürlich die Voraussetzungen eines unbeschränkten Anspruchs dadurch schaffen, daß es vor Ablauf der 26 Unterstützungswochen die Kassenleistungen ablehnt, um sie nach einiger Zeit wieder in Anspruch zu nehmen.

Die Aufsichtsbehörde ist zum Einschreiten befugt, wenn der Kassenvorstand ablehnt, von einer Person, deren freiwillige Mitgliedschaft rechtskräftig festgestellt ist, Beiträge anzunehmen.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 28. April 1913.

Der beklagte Landrat hatte als Aufsichtsbehörde über die Ortskrankenkasse auf Anrufen des städtischen Flurschützen F. gemäß § 58 Abs. 1 KVG. dahin entschieden, daß die vom Kassenvorstande ausgesprochene Aufkündigung der Kassenmitgliedschaft des F. zu Unrecht erfolgt und daß die Krankenkasse verpflichtet sei, den Genannten weiterhin zu versichern. Diese Entscheidung wurde rechtskräftig. Gleichwohl wies der klagende Vorsitzende der Ortskrankenkasse deren Kassierer an, weitere Beiträge von F. nicht entgegen zu nehmen und machte die Annahme in der Folge davon abhängig, daß F. für ein ganzes Jahr die Differenz zwischen den Beiträgen der ersten und der dritten Klasse der Versicherung nachzahle. Nunmehr erließ der Beklagte unter dem 13. April 1912 an den Kläger die Aufforderung, bei Meidung einer Ordnungsstrafe von 20 M., im Unvermögensfalle einer dreitägigen Haftstrafe, von F. die fälligen Beiträge in der Höhe der bisher geleisteten einzuziehen. Die gegen diese Verfügung gerichtete Klage wies der Bezirksausschuß zurück. Gegen dessen Bescheid legte der Kläger noch das Rechtsmittel der Revision ein, jedoch ohne Erfolg. **Gründe:**

Sie kann nur darauf gestützt werden, daß die angefochtene Entscheidung auf unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechtes beruhe oder daß das Verfahren an wesentlichen Mängeln leide. Weder das eine noch das andere ist der Fall.

Wenn der Kläger in der Revisionsschrift auf den schon in der Klageschrift geltend gemachten Einwand zurückkommt, die Entscheidung des Landrats vom 9. Januar 1912 sei zu Unrecht ergangen, weil schon damals die freiwillige Versicherung des F. erloschen gewesen sei, so ist der Vorderrichter mit Recht hierauf nicht eingegangen. Dies hätte in dem im § 58 KVG. vorgesehenen Verfahren geltend gemacht werden müssen. Nachdem die genannte Entscheidung rechtskräftig geworden ist, kann auf jenen Einwand im vorliegenden Streitverfahren nicht zurückgegriffen werden. In rechtlicher Beziehung geht der Vorderrichter zutreffend davon aus, daß die Klage gegen die auf Grund des § 45 Abs. 1, erlassene Verfügung des Landrats gemäß Abs. 6 daselbst nur darauf gestützt werden kann, daß die Anordnung rechtlich nicht begründet und der Kläger (oder die Kasse) durch sie in einem Rechte verletzt oder mit einer rechtlich nicht begründeten Verbindlichkeit belastet werde. Ohne Rechtsirrtum nimmt der Vorderrichter an, daß keine dieser Voraussetzungen vorliegt.

Digitized by Google

Wenn der Kläger gemeint hat, die auf Grund des § 58 KVG. ergangenen rechtskräftigen Entscheidungen seien durch die ordentlichen Gerichte zu vollstrecken, so kommt eine solche Vollstreckung schon deshalb nicht in Frage, weil im vorliegenden Falle eine gerichtliche Entscheidung nicht ergangen und kein ordentliches Gericht mit der Sache befaßt gewesen ist. Und wenn in dem Urteile des Gerichtshofs vom 1. Juli 1910 (Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichtes Bd. 51 S. 331) dargelegt ist, daß die Aufsichtsbehörde zur Durchsetzung der auf Grund des § 58 a. a. O. getroffenen Entscheidungen vermittels aufsichtlicher Anordnungen oder Ordnungsstrafen gegen den Kassenvorstand dann nicht berufen sei; wenn es sich um Ansprüche der einzelnen Kassenmitglieder an die Kasse im Erkrankungsfalle oder um die Geltendmachung solcher Ansprüche handelt, so liegt ein solcher Fall hier nicht vor. Hier handelt es sich darum, die Befolgung der gesetzlichen Verpflichtungen des Kassenvorstandes hinsichtlich seiner Verwaltungstätigkeit im Interesse der Kasse selbst durchzusetzen. Weigert sich der Kläger beharrlich, die durch das abgeschlossene Verfahren des § 58 a. a. O. festgestellte Verpflichtung, Kassenbeiträge durch den Kassierer annehmen zu lassen, zu erfüllen, so ist es Aufgabe der Aufsichtsbehörde, mit den ihr durch das Landesverwaltungsgesetz gewährten Zwangsmitteln den Widerstand des Kassenvorstandsvorsitzenden zu brechen. In dieser Beziehung kam in erster Reihe die Androhung einer Geldstrafe in Betracht, es bleibt aber eintretendenfalls die Anwendung unmittelbaren Zwanges nicht ausgeschlossen. Hiernach war die den Gegenstand des gegenwärtigen Streites bildende Anordnung rechtlich begründet und verletzte demnach den Kläger nicht in einem Rechte. Sie legte aber auch weder der Krankenkasse noch dem Kläger eine unbegründete Verbindlichkeit auf, denn es bildete der Bescheid vom 9. Januar 1912 die alleinige Grundlage für das weitere Verhalten des Klägers wie für das Einschreiten der Aufsichtsbehörde.

Zum Begriff der unständig Beschäftigten. — Prozeßzinsen von einem Anspruch auf Kassenleistungen.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 28. April 1913.

Der Vorderrichter hat die Klage abgewiesen, weil er angenommen hat, daß der vom Kläger (Armenverband) vom 6. bis 29. April 1911 im Wege der öffentlichen Armenpflege unterstützte Arbeiter Wo. während der Zeit vom 13. Februar bis 5. April 1911 nicht in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bei dem Fuhrherrn We. gestanden habe und deshalb nicht Mitglied der beklagten Kasse geworden sei. Diese Annahme hat er in der angefochtenen Entscheidung wie folgt begründet:

„An und für sich ist schon das gelegentliche Abladen eines Wagens Kohlen eine Beschäftigung, welche nach der Natur ihres Gegenstandes auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist (vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz 6. Aufl. S. 40). Im vorliegenden Falle ist aber auch das Arbeitsverhältnis durch den Arbeitsvertrag von vornherein auf weniger als eine Woche beschränkt gewesen, denn der Zeuge We. hat bestimmt bekundet, daß er niemals mit einem Gelegenheitsarbeiter Vereinbarungen auf längere Zeit treffe. Wenn der Zeuge Wo. das Gegenteil eingenommen hat, so hat er sich offenbar in einem Irrtum über seine Rechte und Pflichten dem We. gegenüber befunden und dessen Aeußerungen mißverstanden."

Diese Erwägungen sind nicht frei von Rechtsirrtum. Im vorliegenden Falle war nach den Bekundungen der gehörten Zeugen die Beschäftigung nicht ausdrücklich im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt worden. Dies kann allerdings auch stillschweigend geschehen. Eine solche stillschweigende Beschränkung ist aber nur dann anzunehmen, wenn beide vertragschließenden Teile, sowohl der Arbeitgeber wie der Arbeitnehmer, nach der ganzen ihnen bekannten Lage der Umstände sich dessen bewußt und darüber nicht im Zweifel waren, daß das Arbeitsverhältnis weniger als eine Woche dauern werde (Urteil vom 21. Oktober 1901, Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Bd. 40 S. 332). Mit diesem Rechtsgrundsatze hat sich der Vorderrichter in Widerspruch gesetzt, wenn er der Angabe des Fuhrherrn We., daß er niemals mit einem Gelegenheitsarbeiter Vereinbarungen auf längere Zeit treffe, eine entscheidende Bedeutung beigelegt hat.

Hiernach unterliegt die Vorentscheidung nach § 94 Ziff. 1 LVG. der Aufhebung. Bei der eintretenden freien Beurteilung war der Klage stattzugeben.

Die Entscheidung hängt davon ab, ob im vorliegenden Falle eine Ausnahme von der im § 1 KVG. festgesetzten Versicherungspflicht bestand, ob also die Beschäftigung des Arbeiters Wo. bei dem Fuhrherrn We. durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt war. Letzteres ist zu verneinen, weil nach den obigen Ausführungen die Annahme ausgeschlossen ist, daß die Beschäftigung des Wo. stillschweigend der fraglichen Beschränkung unterworfen worden ist. Den gesamten von den Zeugen bekundeten Umständen muß vielmehr entnommen werden, daß Wo. von We. für die am ersten Tage und die demnächst etwa verfügbare Arbeit angenommen worden ist.

Digitized by Google

Hierfür spricht auch die für die Erkenntnis des Willens der Vertragschließenden nicht unwichtige Tatsache, daß Wo. bedeutend länger als eine Woche in Beschäftigung gestanden hat, nämlich — von einzelnen Tagen abgesehen — vom 13. Februar bis zum 5. April 1911, und daß die Lohnzahlung am Sonnabend erfolgt ist. Ebensowenig hat es sich, da hiernach das Abladen eines einzelnen Wagens Kohlen nicht in Frage kommt, um eine nach der Natur des Gegenstandes bloß vorübergehende Arbeit gehandelt. Denn es hat sich fortgesetzt Gelegenheit gefunden, den Wo. während des erwähnten Zeitraums Arbeitsleistungen zu übertragen. Demgemäß war, da die Höhe der eingeklagten Forderung nicht bemängelt worden ist, die Beklagte nach dem Antrage der Klage mit der Maßgabe zu verurteilen, daß dem Kläger Zinsen nur vom Tage der Klagezustellung ab zugebilligt werden können.

Der Versicherte kann die Zustimmung zur Krankenhauspflege nicht „willkürlich" widerrufen; Verlust des Anspruchs bei eigenmächtigem Verlassen des Krankenhauses.

Aus einem Urteile des **Herzogl. Verwaltungsgerichtshofs** in **Braunschweig** vom 21. Mai 1913.

Der § 7 KVG. bestimmt, daß an Stelle der in § 6 vorgeschriebenen Leistungen freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden kann, und zwar

1. für diejenigen, welche verheiratet sind, mit ihrer Zustimmung oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann usw.,
2. für sonstige Erkrankte unbedingt.

Nach dieser gesetzlichen Vorschrift hat die Kasse das Wahlrecht zwischen den Leistungen nach §§ 6 und 7 KVG. Einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung hat der Versicherte nicht. Ein unverheirateter Erkrankter ohne eigene Haushaltung bzw. ohne Zugehörigkeit zur Haushaltung seiner Familie kann die Einweisung in ein Krankenhaus überhaupt nicht ablehnen, ohne seine Ansprüche der Kasse gegenüber zu verlieren; ein verheirateter Versicherter, welcher auf Beschluß der Kasse in das Krankenhaus überwiesen werden soll, würde, wenn er die Krankenhausbehandlung ablehnt, Ansprüche gegen die Kasse auf die Leistungen nach § 6 KVG. erfolgreich nur dann geltend machen können, wenn er den Nachweis erbringen würde, daß die zwingenden Voraussetzungen des § 7 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. für seine Ueberführung in das Krankenhaus nicht vorgelegen haben.

Aus der Absicht dieser gesetzlichen Vorschrift ergibt sich aber auch, daß ein verheirateter Versicherter, welcher mit seiner Zustimmung in ein Krankenhaus aufgenommen ist, diese Zustimmung nicht jederzeit beliebig widerrufen und das Krankenhaus nicht jederzeit wieder verlassen oder womöglich, nach seiner Wahl, zeitweise Krankenhausbehandlung und zeitweise Leistungen aus § 6 verlangen kann.

Denn einmal ist der Kasse durch § 7 das Wahlrecht von der Erwägung aus zugesprochen worden, daß die Kasse ein berechtigtes Interesse daran hat, ihre erkrankten Mitglieder so rasch und so andauernd als möglich wieder in einen arbeitsfähigen Zustand zu versetzen — und insoweit sind das Interesse der Kasse und das richtig verstandene Interesse der erkrankten Mitglieder identisch — und ferner ist zu berücksichtigen, daß von privatrechtlichem Gesichtspunkte aus das Wahlrecht der Kasse sich darstellt als eine Alternativobligation, daß demnach die gewählte Leistung als die von Anfang an allein geschuldete gilt (§ 263 BGB.) und daß ein Widerspruch gegen die getroffene Wahl und ein Anspruch auf anderweite Leistung nur möglich sind nach Maßgabe der §§ 226 und 242 BGB. Wenn es nun auch nicht ganz unbedenklich sein mag, diesen privatrechtlichen Gesichtspunkt in seinem vollen Umfange auf die öffentlich-rechtlichen Verhältnisse des Krankenversicherungsgesetzes zu übertragen, so wird man demselben doch unbedenklich soweit Rechnung tragen können, daß man — vgl. Hahn, Komment. Anm. 2b zu § 7 KVG. — als Grundsatz aufstellt: der Versicherte darf die einmal erteilte Zustimmung nicht willkürlich, sondern nur dann widerrufen und die Leistungen aus § 6 verlangen, wenn in den Verhältnissen eine so wesentliche Veränderung eintritt, daß das fernere Verbleiben in einem Krankenhause zwecklos und ein Zwang hierzu besonders unbillig sein würde.

Anmerkung: Die vorstehende Entscheidung entspricht der von uns erteilten Auskunft in Nr. 10 S. 239, 240 Ziff. 9.

Die Kasse darf die Krankenhauspflege nicht abbrechen, wenn der Kranke hilflos ist.

Bescheid des **Oberverwaltungsgerichts** v. 5. Mai 1913.

Die beklagte Kasse hat am 8. Januar 1912 den unter dem Verdacht auf Gehirnerschütterung erkrankten Fr., ihr Mitglied, dem Marienkrankenhause überwiesen. Am 15. Januar 1912 erfuhr sie, daß Fr. „an Husten und Heiserkeit sowie großer allgemeiner Schwäche" derart leide, „daß er nicht allein gehen kann". Am 6. Februar 1912 veranlaßte sie die Entlassung des Fr. aus dem Krankenhause, obwohl nach der Angabe des behandelnden Arztes durch weitere Krankenhausbehandlung eine Besserung bis zu seinem Zustande vor seiner letzten Erkrankung mit ziemlicher Sicherheit zu erwarten stand und Fr. nicht

Digitized by Google

einmal imstande war zu Fuß das Krankenhaus zu verlassen und dies der Beklagten vom Arzte mitgeteilt worden war. Da die Eltern des Fr. zu denen er auf Veranlassung der Kasse gebracht wurde, sich zu seiner Aufnahme außerstande erklärten, veranlaßte der Kläger seine erneute Aufnahme in dasselbe Krankenhaus und seine Verpflegung dort bis zum 30. April 1912, mit einem Aufwande von 124,10 M., wovon 16,11 M. aus der Invalidenrente des Fr. gedeckt worden sind. Den ungedeckten Betrag von 107,99 M. klagt der Kläger im gegenwärtigen Verfahren ein. Der Vorderrichter hat ihn ihm zugesprochen.

Die Revision der Beklagten gegen dies Urteil ist als unbegründet zurückgewiesen.

Aus den Gründen:

... Endlich ist es zwar richtig, daß die Krankenkassen zur Gewährung der Anstaltsbehandlung nicht verpflichtet, und wenn sie sie gewährt haben, im allgemeinen zum Abbruch dieser Unterstützungsform und ihrer Ersetzung durch die Regelleistungen des § 6 KVG. befugt sind. Indessen ist in Rechtsprechung und Wissenschaft anerkannt, daß ein solcher Abbruch der Anstaltsbehandlung nicht zulässig ist, wenn er dem Kranken offenbaren Nachteil bringen würde, insbesondere wenn der Kranke nicht transportfähig ist oder die Anstalt nicht ohne Gefahr für Leben oder Gesundheit verlassen kann (vgl. Rosin Recht der Arbeiterversicherung Bd. 1 S. 388, Hahn Note 1 h zu § 7 KVG., Note 3 e zu § 184 RVO. im Handb. der Krankenvers., Hoffmann Note 4, Olshausen Note 2 B b zu § 184 KVG., Arb.-Versorgg. Jahrg. 22 S. 613). Das ist aber offenbar der Fall bei einem Kranken, der sich nicht aus eigener Kraft von der Stelle bewegen kann und kein Obdach hat, also hilflos ist. Unter diesen Umständen ist die Beklagte, nachdem sie sich einmal für Anstaltsbehandlung entschieden hat, zur Tragung der durch diese bis zum 30. April 1912 erwachsenen Kosten, nicht nur zur Gewährung der in § 57 KVG. bezeichneten Leistungen verpflichtet. Der Klageanspruch ist deshalb begründet.

Behördenzuständigkeit und Verfahren bei einer durch das Krankenversicherungsgesetz bedingten Schließung einer Krankenkasse nach der Verordnung vom 5. Juli 1912.

Entscheidung des **Herzogl. Anh. Staatsministeriums** vom 30. August 1913.

Gegen den Bescheid der Herzoglichen Regierung, Abteilung des Innern, vom 29. März d. Js. — 3956 —, durch welchen auf Grund der Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes die Betriebskrankenkasse der Firma N. N. in C. mit Wirkung vom 1. April 1913 geschlossen worden ist, hat das Versicherungsamt der Stadt Cöthen am 15. April d. Js. Beschwerde erhoben mit dem Antrage:

„Den Bescheid der Herzoglichen Regierung aufzuheben und die Sache an das Herzogliche Oberversicherungsamt zur zuständigen Erledigung zu überweisen."

Die Beschwerde wendet sich nicht gegen den materiellen Inhalt des Regierungsbescheides, sondern gegen die Zuständigkeit der Regierung überhaupt, und sieht den Bescheid wegen mangelnder Zuständigkeit für formell unwirksam an. Sie stützt sich auf die Vorschriften der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 (RGBl. S. 439), nach deren Art. 1 die materiellen und formellen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Schließung von Krankenkassen — abgesehen von dem Zeitpunkte des Inslebentreten der nicht durch die Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes bedingten Organisationsänderungen — unbeschränkt mit dem Tage der Verkündigung der Verordnung in Kraft getreten seien.

Der Beschwerde war der Erfolg zu versagen.

Der Zweck des Art. 1 der Kaiserl. Verordnung ist für die Uebergangszeit bis zum vollständigen Inkrafttreten des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung und bis zum Inslebentreten der Neuorganisation der Träger der Krankenversicherung (1. Januar 1914) die Anwendung der Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über die Rechtsverhältnisse und das Verfahren bei der Herstellung und Aenderung der äußeren Kassenorganisation schon anläßlich derjenigen Maßnahmen zu ermöglichen, deren es bedarf, damit die Kassen alsbald mit dem Tage der vollen Inkraftsetzung des Zweiten Buches in ihrer neuen Gestalt fungieren können.

Die Schließung einer Krankenkasse kann zwar zu denjenigen organisatorischen Maßnahmen gehören, welche der Herstellung des für den 1. Januar 1914 in Aussicht zu nehmenden Zustandes dienen und daher nach der Absicht des Gesetzgebers schon in der Uebergangszeit auf Grund der neuen Vorschriften vor sich gehen sollen (vgl. auch Art. 14 Einf.Ges. z. RVO.), braucht aber nicht darunter zu fallen.

Nur für diesen Fall bestand auch ein Bedürfnis nach den erlassenen Bestimmungen. Sie sollten die bestehenden Bedenken gegen die Anwendbarkeit der neuen Vorschriften auf Grund des Art. 1 Einf.Ges. z. RVO. beseitigen, ihre Anwendbarkeit für die Uebergangszeit auf einen zweifelsfreien Boden stellen. Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung für solche Maßnahmen vorzeitig in Kraft zu setzen, welche mit der Neuorganisation der Träger der Krankenversicherung in keinem Zusammenhang stehen, lag kein Anlaß vor.

In seinem Schreiben an das Großherzoglich Hessische Ministerium des Innern vom 14. Sep-

Digitized by Google

tember 1912 hat demgemäß der Herr Reichskanzler, Reichsamt des Innern, seine Auffassung dahin kundgegeben, daß im Sinne der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli 1912 Aenderungen in der Organisation bestehender Krankenkassen, welche außer Zusammenhang mit den durch das Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung erforderlichen Organisationsarbeiten durch die Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes bedingt sind, namentlich also die Schließung einer Krankenkasse aus einem der im Krankenversicherungsgesetze vorgesehenen Gründe nach altem Rechte zu behandeln sind. Den in diesem Schreiben vertretenen Standpunkt erhält der Herr Reichskanzler als der im Reichsamt des Innern bei der Aufstellung des Entwurfs zu der Kaiserlichen Verordnung verfolgten Absicht entsprechend auch jetzt noch aufrecht.

Wenn die Herzogliche Regierung, Abteilung des Innern, in ihrem Bescheide vom 29. März d. Js. dieser Auslegung der mit der Ausarbeitung der Verordnung befaßt gewesenen, mit ihrem Zwecke und Sinne also vertrautesten Behörde gefolgt ist, so kann darin eine Verletzung des bestehenden Rechts nicht erblickt werden, auch wenn anerkannt werden muß, daß der Wortlaut den Sinn der Verordnung nicht durchaus klar zum Ausdruck bringt und die gegenteilige Auffassung des Versicherungsamts nicht durchaus ausschließen würde.

Anmerkung: Herr Amtsgerichtsrat Hahn schreibt uns über diese ihm vorgelegte Entscheidung folgendes:

Der maßgebende Art. 1 der Kaiserl. Verordnung vom 5. Juli 1912 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 489) enthält zwei zusammenhängende, nach der Fassung durchaus klare Normen:

1. Regel: Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Errichtung, Ausgestaltung, Vereinigung, Ausscheidung, Auflösung und Schließung von Krankenkassen und das Verfahren dabei treten sofort in Kraft.
2. Ausnahme: („Maßgabe", d. h. Einschränkung der Regel): Die allgemeinen Ortskrankenkassen und die Landkrankenkassen sowie solche Aenderungen in der Organisation bestehender anderer Kassen, welche nicht durch die Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes bedingt sind, treten erst mit dem 1. Januar 1914 ins Leben.

In völlig zweifelsfreier Weise bezieht sich also die Ausnahme schlechthin nur auf den Zeitpunkt der Wirksamkeit gewisser Organisationsänderungen und läßt ganz unberührt den Regelsatz, wonach im übrigen alle Organisationsänderungen schon jetzt in materieller und formeller Hinsicht nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu vollziehen und zu beurteilen sind, so daß diese Vorschriften namentlich auch für die Behördenzuständigkeit und das Verfahren ausnahmslos schon jetzt gelten müssen. Letzteres verneint das Herzogliche Staatsministerium in seiner Entscheidung, indem es nur zugibt, „daß der Wortlaut . . . die gegenteilige (d. h. die vorstehend dargelegte) Auffassung des Versicherungsamts nicht durchaus ausschließen würde". Dieses Zugeständnis ist in Wahrheit eine Verschleierung der wahren Sachlage. Denn niemand kann leugnen, daß der Wortlaut der Verordnung die Auffassung des Versicherungsamts nicht nur nicht ausschließt, sondern gebietet und keine andere Auslegung zuläßt, und daß hiernach einzig und allein in Frage kommen kann, ob irgend etwas vorliegt, was die der Entscheidung zugrunde liegende Abweichung vom Wortlaute der Verordnung rechtfertigt.

Das Herzogliche Staatsministerium gründet seine Abweichung von dem an sich klaren Wortlaut auf das in der Entscheidung erwähnte Schreiben des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) vom 14. September 1912 (siehe hierüber Siegmund-Schultze in Arb.-Versorgg. 1913 S. 435), welches bezeugt, daß die Absicht der Kaiserlichen Verordnung, soweit es sich um die Ausnahme handelt, eine andere sei. An anderem Auslegungsmaterial (wie es sonst bei Gesetzen vorzuliegen pflegt, Begründung, Verhandlungsprotokolle usw.) fehlt es begreiflicherweise. Nun ist zuzugeben, daß der Wortlaut für sich allein nicht entscheidet, daß es vielmehr auf die Absicht des Gesetzgebers — hier des Kaisers — ankommt, wenn erwiesen werden kann, daß diese in dem Wortlaute der Verordnung nur einen mangelhaften Ausdruck erhalten hat. Einen mangelhaften Ausdruck, aber immerhin einen Ausdruck! Denn auch die Absicht allein entscheidet nicht: sie muß auch ausgedrückt sein, und zwar von der zuständigen Stelle ausgedrückt sein. Daran aber fehlt es durchaus. Die Kaiserliche Verordnung würde nicht rechtsgültig sein, wenn sie nicht vom Reichskanzler gegengezeichnet wäre; aber noch weniger kann in einer Sache, in der nur der Kaiser zu einem Gesetzgebungsakte berufen war (Art. 4 Einf.Ges. z. RVO.), die bloße Aeußerung des Reichskanzlers maßgebend sein. Das Schreiben des Reichskanzlers vom 14. September 1912 mag ein vollgültiges Zeugnis dafür sein, daß man im Reichsamt des Innern, wo die Verordnung ausgearbeitet worden ist, das Gegenteil von dem, was die Verordnung in dem streitigen Punkte sagt, beabsichtigt habe; aber das Schreiben verbürgt nicht, daß der Kaiser dieses Gegenteil gewollt und in dieser Absicht die Verordnung erlassen, also seinen Willen nur mangelhaft ausgedrückt habe. Es kann daher nur gelten, was aus der Verordnung selbst zu entnehmen ist — nicht das Gegenteil. Um dieses Gegenteil zur Geltung zu bringen, bedürfte es einer Richtigstellung (Deklaration) der Verordnung durch den Kaiser selbst unter Gegenzeichnung des Reichskanzlers.

Solange eine solche Deklaration nicht erfolgt ist, bedeuten Entscheidungen wie die vorliegende nur eine Besiegelung der durch das unverbindliche Schreiben des Reichskanzlers herbeigeführten Rechtsunsicherheit.

Arbeitstag im Sinne des § 6 RVG. ist jeder Tag, an dem der Versicherte sich zur Verfügung des Arbeitnehmers zu halten hat.

Entscheidung des **Gemeindevorstandes** in **Jena** vom 27. Juni 1913.

Die Beschwerdeführerin Frau D. wird seit fünf Jahren etwa als Flickfrau im hiesigen Garnisonlazarett beschäftigt. Das Beschäftigungsverhältnis ist entsprechend den besonderen Verhältnissen so, daß Frau D. sich zwar die ganze Woche über der Lazarettverwaltung zur Verfügung halten muß, daß diese aber nicht tagtäglich von ihrer Arbeitskraft Gebrauch macht, sondern je nach Bedürfnis sie wöchentlich beschäftigt.

Frau D. behauptet, daß es zwei, drei auch vier Tage in der Woche geschehe — es wäre auch

Digitized by Google

vorgekommen, daß sie die ganze Woche über zu tun gehabt habe — die Ortskrankenkasse hat eine durchschnittliche Arbeitszeit von drei Tagen in der Woche angenommen, wenn auch, wie sie behauptet, die Garnisonverwaltung ihr mitgeteilt habe, daß Frau D. an ungefähr vier Tagen im Monat beschäftigt worden sei.

Auf alle Fälle sind sich die Parteien darüber einig, daß es sich um deswillen um eine versicherungspflichtige Beschäftigung im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes handele, weil sie ihrer Natur nach oder im voraus durch Arbeitsvertrag nicht auf einen Zeitraum von weniger als eine Woche beschränkt worden sei.

In Streit sind die Parteien nur deshalb gekommen, weil die Ortskrankenkasse der Frau D. für die ganze Dauer der Krankheit nur 12 M. Krankengeld gegeben hat, während diese 21 M. beansprucht und dieser Streit hat in der verschiedenen Auslegung des § 6 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. seine Ursache, der bestimmt, daß als Krankenunterstützung zu gewähren ist im Falle der Erwerbsunfähigkeit ... für jeden Arbeitstag ein Krankengeld ... Die Krankenkasse steht auf dem Standpunkt, daß „Arbeitstage" nur diejenigen Tage seien, an denen Frau D. tatsächlich auch gearbeitet habe. Frau D. sagt, für sie wäre jeder Wochentag ein Arbeitstag gewesen, denn es komme nur darauf an, ob sie an jedem derselben zur Arbeit zur Verfügung gestanden habe.

Ihrer Ansicht ist beizupflichten. Ob die Ansicht der Kasse richtig sein würde, wenn Frau D. beispielsweise jede Woche regelmäßig nur am Montag, Dienstag und Mittwoch beschäftigt worden sei, mag dahingestellt bleiben, hier liegen die Verhältnisse so, daß sie an jedem Wochentage zur Verfügung stehen mußte, daß also jeder Wochentag für sie zum Arbeitstag werden konnte. Das genügt nach Ansicht der Aufsichtsbehörde, um für Frau D. jeden Wochentag zum Arbeitstag im Sinne des § 6 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. zu machen, denn es handelt sich um ein ständiges Arbeitsverhältnis, das zwar wöchentlich von Pausen unterbrochen war, die aber bald auf diese, bald auf jene Wochentage fielen und somit für die Fortdauer des Verhältnisses an sämtlichen Wochentagen bedeutungslos sein müssen.

Die Ansicht der Ortskrankenkasse, daß dem Verhältnis von Monatslohn zu Krankengeld irgendwelche Bedeutung bei der Prüfung der vorliegenden Frage beizumessen wäre, ist durchaus irrig. Ein zutage tretendes Mißverhältnis könnte höchstens dann von Bedeutung sein, wenn man aus ihm das Motiv für eventuelle Simulation herleiten wollte.

C. Zur Unfallversicherung.

Zu § 13 GUVG. (§ 898 RVO.): Die Berufsgenossenschaft hat selbständig zu prüfen, ob der Anspruch des Verletzten gegen die Krankenkasse weggefallen ist. Entscheidungen der Rechtsmittelinstanzen in dem Verfahren über den Anspruch des Verletzten gegen die Krankenkasse binden nicht.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 8. November 1912.

Der Kläger bemängelt die ihm nach Ablauf der 13. Woche seit dem Unfall gewährte Rente zwar nicht, beansprucht aber für die Zeit vom 30. Dezember 1910 bis zum 16. Januar 1911 eine Unfallrente, weil er in dieser innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall liegenden Zeit mindestens teilweise erwerbsunfähig gewesen, mit seinem Anspruch aber von der Ortskrankenkasse und der Aufsichtsbehörde durch Entscheidung vom 18. Oktober 1911 rechtskräftig abgewiesen worden sei. Der Kläger glaubt daher, daß zu seinen Gunsten der Fall des § 13 GUVG. vorliege und die Beklagte verpflichtet sei, ihn für die Zeit seit Wegfall seines Anspruchs auf Krankengeld zu entschädigen.

Dieser Auffassung kann nicht beigetreten werden. Die von der Ortskrankenkasse gehörten Sachverständigen bezeichnen den Kläger als Neurastheniker; aber ihre Annahme, daß er am 30. Dezember 1910 trotzdem erwerbsfähig gewesen sei, wird durch den von Dr. R. aufgenommenen Befund widerlegt. Daraus ergibt sich, daß er auch am 30. Dezember 1910 und in der Folgezeit erwerbsunfähig gewesen ist. Sein Anspruch auf die Fürsorge der Krankenkasse bestand daher über den 29. Dezember 1910 hinaus und bis zum Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall fort. Die abweichende Beurteilung der Kasse und der Aufsichtsbehörde hat nicht die Zahlungspflicht der Beklagten zur Folge. Die Haftpflicht der Berufsgenossenschaft ist nach § 13 GUVG. nicht schon dann gegeben, wenn die Fürsorge der Krankenkasse tatsächlich aufgehört hat, sondern sie setzt voraus, daß der Anspruch des Verletzten gegen die Krankenkasse weggefallen ist. Ob dies der Fall ist, haben die Berufsgenossenschaft und die Instanzen der Unfallversicherung selbständig zu prüfen. Die Rechtskraft der Entscheidung der Aufsichtsbehörde der Krankenkasse ist ohne rechtliche Bedeutung, weil

Digitized by Google

sie gegen die Beklagte, als eine dritte im Streite nicht befangen gewesene Person, nicht wirken kann. Wenn der Kläger darauf hinweist, daß die Ablehnung seiner Ansprüche eine Unbilligkeit bedeute, so kann ihm diese Erwägung allein zur Anerkennung seines Anspruchs gegen die Beklagte nicht verhelfen, namentlich da seine Annahme, daß die Berufsgenossenschaft einen Rückgriff gegen die Krankenkasse habe, mit Rücksicht darauf wesentlichen Bedenken unterliegt, daß dieser Anspruch nur ein abgeleiteter (§ 13 Abs. 3 GUVG.) und durch die rechtskräftige Entscheidung der Aufsichtsbehörde erledigt ist. Der Rekurs mußte deshalb als unbegründet zurückgewiesen werden.

Bemessung des Jahresarbeitsverdienstes bei ungelohnten Versicherten (§ 570 RVO.).

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 2. Januar 1913.

Der Kläger, am 31. Mai 1911 verunglückt, bezog im Betriebe kein Entgeld, da er erst einige Tage vorher zur Erlernung des Dienstes in den Betrieb eingetreten war. Gemäß § 10 Abs. 4 GUVG. gilt für die Berechnung der Unfallrente bei versicherten Personen, die keinen Lohn oder weniger als den dreihundertfachen Betrag des für ihren Beschäftigungsort festgestellten ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher erwachsener Tagesarbeiter beziehen, als Jahresarbeitsverdienst das Dreihundertfache dieses ortsüblichen Tagelohns. Die Vorschrift greift Platz ohne Unterschied, ob der Verletzte vor dem Unfall ein ganzes Jahr oder nur einen Teil davon im Betriebe beschäftigt gewesen ist, in dem er verunglückt ist. Ist er nicht ein Jahr lang in dem Betriebe beschäftigt gewesen, und hat er in ihm keinen Lohn bezogen, so kommt es nicht darauf an, welchen Lohn er vorher während des Jahres in einem anderen Betriebe gehabt hat. Mit Recht hat dementsprechend die Beklagte der Rente des Klägers als Jahresarbeitsverdienst jenes Dreihundertfache in Höhe von 540 M. zugrunde gelegt und mit Recht hat das Schiedsgericht dies gebilligt.

Am 1. Januar 1913 ist aber das die Vorschriften über die Unfallversicherung enthaltende Dritte Buch der Reichsversicherungsordnung in Kraft getreten und nach Art. 60 Einf.Ges. z. RVO., wenn dieses Gesetz für die Berechtigten günstiger ist, auf die erste noch nicht rechtskräftig erledigte Feststellung von Entschädigungsansprüchen aus Unfällen anzuwenden, die sich vor dem Inkrafttreten des Dritten Buches ereignet haben. Das Rekursgericht hatte daher zu prüfen, ob der Rente des Klägers nach der Reichsversicherungsordnung ein höherer Jahresarbeitsverdienst als nach dem bisherigen Gewerbeunfallversicherungsgesetzes zugrunde zu legen ist.

Dem § 10 Abs. 4 GUVG. entspricht der § 570 RVO., der vorschreibt: Erreicht der Jahresarbeitsverdienst nicht das Dreihundertfache des Ortslohns für Erwachsene über 21 Jahre, so gilt dieses Dreihundertfache als Jahresarbeitsverdienst. Die Vorschrift erwähnt also, abweichend von § 10 Abs. 4 GUVG., nicht den Fall, daß der Versicherte keinen Lohn bezogen hat. Schon die Entwürfe der Reichsversicherungsordnung 1909 sahen ihn nicht vor, und eine andere Vorschrift, die für den Fall in Betracht kommt, ist in der Reichsversicherungsordnung nicht enthalten. Der Jahresarbeitsverdienst, den § 570 gegebenenfalls durch das Dreihundertfache des Ortslohns ersetzt, wird begrifflich und im einzelnen bestimmt in den voraufgehenden §§ 563 ff. Nach § 563 Abs. 1 ist der Jahresarbeitsverdienst das Entgelt, das der Verletzte während des letzten Jahres im Betriebe bezogen hat. War der Verletzte das ganze Jahr hindurch im Betriebe beschäftigt, so richtet sich der Jahresarbeitsverdienst gemäß § 564 allein nach seinem persönlichen Verdienst. War er nur einen Teil des Jahres im Betriebe beschäftigt, so setzt sich der Jahresarbeitsverdienst nach § 565 aus seinem Verdienst und dem Verdienst eines gleichartigen Versicherten während der übrigen Zeit des Jahres zusammen. Letzterer Verdienst wird jenem zugezählt. War also der Verletzte wie der Kläger ohne Entgelt nur einen Teil des Jahres beschäftigt, so fehlt es an einem Verdienst des Verletzten, dem der Verdienst eines anderen Versicherten zugezählt werden kann. Es darf nicht etwa einem Null betragenden Verdienst des Verletzten der Verdienst des gleichartigen Versicherten zugezählt werden, denn immer setzt der Begriff des Jahresarbeitsverdienstes nach §§ 563 bis 569 einen wirklichen Entgeltbezug des Verletzten voraus. Wäre eine solche Berechnungsart angängig, so würde der nur aus dem Verdienst des anderen Versicherten hergeleitete Jahresarbeitsverdienst gemäß § 570 so lange maßgebend sein, als er das Dreihundertfache des Ortslohnes übersteigt oder doch erreicht. Vielfach würde alsdann der Jahresarbeitsverdienst solcher Verletzten höher sein, als er nach § 10 Abs. 4 GUVG. war. Aus der Entstehungsgeschichte der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über den Jahresarbeitsverdienst ist aber nirgends ersichtlich, daß der bisherige Rechtszustand in dieser Beziehung grundsätzlich hat geändert werden sollen; im Gegenteil, das Schweigen der Erläuterungen und Beratungen beweist, daß es im allgemeinen hat beim alten bleiben sollen. Sonach erfassen diese Vorschriften, insbesondere § 570 RVO., zwar nicht ausdrücklich den Fall, daß der Verletzte kein Entgelt im Betriebe bezogen hat;

Digitized by Google

der Fall muß aber dem im § 570 behandelten Falle gleichgestellt werden, denn so verlangt es die beabsichtigte Aufrechterhaltung des bisherigen Zustandes. Als Jahresarbeitsverdienst des Klägers gilt also nach der Reichsversicherungsordnung das Dreihundertfache des Ortslohns Erwachsener über 21 Jahre und zwar gemäß § 567 desjenigen Ortslohnes, der zur Zeit des Unfalls für den Beschäftigungsort des Klägers festgesetzt war. Das ist aber der der Rente zugrunde gelegte Betrag von 540 M. Die Reichsversicherungsordnung ist mithin dem Kläger nicht günstiger, als das Gewerbeunfallversicherungsgesetz und der Rekurs war daher, weil nach beiden Gesetzen unbegründet, zurückzuweisen.

Unfall bei Verwendung einer Betriebseinrichtung im eigenwirtschaftlichen Interesse als Betriebsunfall.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Februar 1913.

Zwar sind nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts Unfälle, die sich bei eigenwirtschaftlichen Verrichtungen ereignen, nicht mehr dem Betriebe zuzurechnen. Es würde aber eine zu enge Einschränkung des Begriffs der Betriebstätigkeit sein, wenn jede Verwendung der Betriebsmittel zu Zwecken, die mit dem eigentlichen Zweck des Unternehmens nicht unmittelbar zusammenfallen, von dem Betrieb unter allen Umständen als ausgeschlossen gelten sollte. Dies erscheint namentlich dann nicht zulässig, wenn der Betriebsunternehmer dem Arbeiter gestattet, gelegentlich einmal die Betriebseinrichtung für sich oder einen Mitarbeiter zu benutzen. Dabei ist allerdings erforderlich, daß dies am Orte und zur Zeit des Betriebs geschieht, daß die Verwendung nur kurze Zeit in Anspruch nimmt und daß es sich nicht um eine ungewöhnliche Verwendung der Betriebseinrichtung handelt, durch die der Arbeiter einer betriebsfremden Gefahr ausgesetzt wird. Diese Voraussetzungen treffen im vorliegenden Falle zu. Zwar hatte der Kläger nicht ausdrücklich die Erlaubnis zur Ausführung der unfallbringenden Tätigkeit nachgesucht. Die eidlichen Bekundungen der Zeugen und zwar sowohl der Mitarbeiter wie des Werkmeisters und des Fabrikdirektors ergeben aber, daß der Kläger die Erlaubnis jedenfalls erhalten haben würde. Der Kläger konnte daher, zumal er schon mehr als 12 Jahre im Betriebe tätig ist, damit rechnen, daß gegen die Vornahme der Arbeit vom Arbeitgeber oder seinem Bevollmächtigten kein Widerspruch erhoben werden würde. Bei Verrichtung der Arbeit setzte er sich auch keiner betriebsfremden Gefahr aus; denn obwohl das Polieren von Fahrradketten mit der Fibrebürste in dem Betriebe nicht regelmäßig ausgeführt wurde, so kam es doch zuweilen vor, wie dies sowohl durch die Bekundung der Zeugen wie durch die Auskunft der Arbeitgeberin vom 25. März 1911 bestätigt wird. Hiernach ist das Reichsversicherungsamt in Uebereinstimmung mit der Vorinstanz der Ansicht, daß der Kläger durch die nur kurze Zeit in Anspruch nehmende Tätigkeit, bei der er sich den Unfall zuzog, nicht aus dem regelmäßigen Arbeits- und Versicherungsverhältnis ausgetreten ist. Für den ihm zugestoßenen Unfall hat er daher Anspruch auf Entschädigung. Somit war der Rekurs zurückzuweisen.

Zulässigkeit einer Feststellungsklage im Wege des Rekurses ohne gleichzeitigen Antrag auf Erhöhung der Rente.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 2. April 1913.

Die Berufsgenossenschaft hatte einem Verletzten durch Bescheid eine Rente gewährt, gleichzeitig aber ausgesprochen, daß der bei dem Verletzten vorhandene Nabelbruch nicht Folge des zu entschädigenden Unfalls sei. Der Verletzte, der auch den Nabelbruch als Unfallfolge anerkannt wissen wollte, hat lediglich deshalb gegen den Bescheid Berufung eingelegt, ohne im übrigen die festgesetzte Rente zu bemängeln. Es handelt sich somit um eine reine Feststellungsklage, die der Kläger nach der Rekursbegründung deshalb verfolgt, weil er befürchtet, falls der Bescheid rechtskräftig werde, wegen des Nabelbruchs Entschädigungsansprüche gegen die Berufsgenossenschaft nicht mehr erheben zu können. Das Schiedsgericht hat eine Entscheidung über die vom Kläger aufgeworfene Streitfrage abgelehnt, indem es den Standpunkt vertrat, daß hierüber nur dann zu entscheiden sei, wenn der Kläger aus Anlaß des Nabelbruchs höhere oder besondere Ansprüche an die Berufsgenossenschaft stellen sollte. Dieser Auffassung hat sich das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 2. April 1912 (Ia 9548/11) aus folgenden Gründen nicht angeschlossen:

Nachdem die Berufsgenossenschaft in dem angefochtenen Bescheid ausdrücklich den Nabelbruch als Folge des Unfalls ausgeschieden hat, besteht für den Kläger ein Interesse, diese Feststellung zu beseitigen. Die Gründe eines Bescheids sind zwar nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen an sich nicht fähig, in Rechtskraft überzugehen; sie gewinnen jedoch insoweit Rechtskraft, als der entscheidende Teil des Bescheids in ihnen mitenthalten oder der Sinn und die Tragweite der Entscheidung aus ihnen zu entnehmen ist (vgl. Handb. der Unfallversf. 3. Aufl. Bd. I S. 496 Anm. 6 Abs. 4 zu § 75 des GUVG.). Der angefochtene Bescheid ergibt aber unzweideutig, daß der Nabelbruch nicht als Unfallfolge anerkannt und von der Beklagten ein für allemal von der Entschädigung ausgeschlossen werden sollte. Hiernach würde mit der Rechtskraft des Bescheids auch die in der Begründung mitenthaltene Entscheidung, daß der Nabelbruch keine Unfallfolge sei, rechtskräftig werden. Dem-

Digitized by Google

gegenüber hat unbedenklich der Kläger ein berechtigtes Interesse an der alsbaldigen Feststellung, daß der Nabelbruch, wie er behauptet, Unfallfolge sei, da er andernfalls nach Eintritt der Rechtskraft des Bescheids im Falle einer anderweiten Rentenfeststellung den Nabelbruch nicht mehr als Grundlage für einen Entschädigungsanspruch gegen die Beklagte verwerten könnte. Sonach hätte das Schiedsgericht über die Frage, ob der Nabelbruch des Klägers Unfallfolge ist oder nicht, eine Entscheidung treffen müssen.

In der Sache selbst hat das Reichsversicherungsamt jedoch dem Antrag des Klägers auf Zurückverweisung der Sache an das Schiedsgericht nicht stattgegeben, vielmehr, da die Streitfrage nach der ganzen Sachlage spruchreif war, den Rekurs mangels eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen dem Unfall und der Entstehung des Nabelbruchs zurückgewiesen.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Stellung der Kontrollbeamten. — Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 31. Januar 1913.

Nach § 1445 Abs. 2 RVO. kann im Versicherungsanstalt die Rechtsgültigkeit der Markenverwendung im Rentenverfahren nicht mehr bestreiten, wenn sie die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung anerkannt hat. Diese Vorschrift beruht wesentlich auf den Grundsätzen von Treu und Glauben und den Rücksichten auf die Sicherheit des Verkehrs (zu vgl. Komm.Ber. 4 S. 192 ff. sowie Rev.Entsch. 1599 Amtl. Nachr. 1912 S. 676). Hierauf ist daher auch bei der Auslegung der Vorschrift das Hauptgewicht zu legen. Das gilt um so mehr, als auch sonst auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung die wirtschaftlichen und sozialen Gesichtspunkte mehr als formalrechtliche Erwägungen zu beachten sind (zu vgl. Ziff. 14 und 22 der Anleitung des Reichsversicherungsamts, Amtl. Nachr. 1912 S. 721). Danach ist § 1445 Abs. 2 Satz 2 a. a. O. auch dann anzuwenden, wenn nicht der Vorstand, sondern der Kontrollbeamte der Versicherungsanstalt die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung anerkannt hat. Die Kontrollbeamten haben im allgemeinen die rechtzeitige und vollständige Entrichtung der Beiträge zu überwachen (zu vgl. § 1465 RVO.). Sie sind insoweit Beauftragte des Vorstandes. Der Umfang ihres Auftrags kann von den Vorständen verschieden gestaltet werden. Diese Regelung bestimmt jedoch noch nicht ohne weiteres auch das Verhältnis der Kontrollbeamten gegenüber der Bevölkerung. Den Beteiligten kann im allgemeinen nicht zugemutet werden, im einzelnen Falle stets zu prüfen, ob ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung zu den Befugnissen des Kontrollbeamten gehört. Dazu werden die Angehörigen der Bevölkerungsschichten, mit denen die Kontrollbeamten amtlich in Berührung kommen, meistenteils gar nicht imstande sein. Sie müssen sich vielmehr regelmäßig darauf verlassen können, daß das Anerkenntnis des Kontrollbeamten dem Willen des Vorstandes entspricht. Das erfordert sowohl die Sicherheit des Verkehrs wie die eigenartige Stellung der Kontrollbeamten. Sie sind nicht nur Angestellte einer öffentlichen Behörde, die zum großen Teil den Verkehr zwischen ihr und der Bevölkerung vermitteln, sondern sie sollen auch Vertrauensmänner der beteiligten Bevölkerung sein (zu vgl. Revisionsentsch. 958, Amtl. Nachr. 1902 S. 288). Erkennen sie als solche die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung an, so rufen sie in den Beteiligten die bestimmte Erwartung hervor, daß die Person, auf die sich das Anerkenntnis bezieht, nach Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen eine Invaliden- oder Altersrente erhält. Werden hierfür im Vertrauen auf das Anerkenntnis des Kontrollbeamten Aufwendungen in Gestalt der Beitragsleistung gemacht, so würde es den Grundgedanken des § 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO. widersprechen, wenn der Zweck der Aufwendungen noch im Rentenverfahren durch Bestreiten der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung in Frage gestellt werden könnte. Vielmehr verlangen sowohl Treu und Glauben wie die Sicherheit des Verkehrs, daß die Versicherungsanstalt in einem solchen Falle das Anerkenntnis des Kontrollbeamten im Rentenverfahren gegen sich gelten läßt. Eine Ausnahme wird dann eintreten, wenn die Beteiligten wissen oder den Umständen nach wissen müssen, daß der Kontrollbeamte mit dem Anerkenntnis seine Befugnisse überschreitet. Denn dann sind sie entweder nicht in gutem Glauben oder sie können wegen ihres eigenen Verschuldens nicht den Schutz von Treu und Glauben beanspruchen. Das Anerkenntnis des Kontrollbeamten braucht ebensowenig wie das des Vorstandes ausdrücklich zu sein. Es genügt jede Erklärung oder Handlung des Kontrollbeamten, die nach den Umständen ein

Digitized by Google

Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung enthält. Das wird beispielsweise der Fall sein, wenn der Kontrollbeamte die Markenverwendung veranlaßt oder die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung auf Befragen bejaht, unter Umständen auch schon dann, wenn er eine Nachentrichtung von Beiträgen verlangt. Ob und unter welchen Voraussetzungen der Vorstand der Versicherungsanstalt das Anerkenntnis vor der Einleitung des Rentenverfahrens widerrufen kann, braucht hier nicht erörtert zu werden, da ein solcher Widerruf im vorliegenden Fall offenbar nicht in Frage kommt. Im übrigen wird für die Wirkungen des Anerkenntnisses des Kontrollbeamten das Gleiche gelten wie bei einem Anerkenntnis des Vorstandes (zu vgl. die bezeichnete Revisionsentsch. 1599).

Die hier vertretene Auffassung widerspricht auch nicht der Entstehungsgeschichte des § 1445 Abs. 2 RVO. Er beruht auf einem Beschlusse der Reichstagskommission (zu vgl. Komm.Ber. S. 192 ff.). Sie war sich in ihrer Mehrheit darüber einig, daß der bisherige Rechtszustand, wonach das Anerkenntnis der Versicherungspflicht durch die Versicherungsanstalt für diese im allgemeinen nicht bindend war, der Abänderung bedürfe. In diesem Sinne wies ein Kommissionsmitglied darauf hin, daß die Kontrollbeamten der Versicherungsanstalten alle fünf Jahre die Markenverwendung nachprüfen müßten; dabei müsse sich doch herausstellen, ob der Betreffende ein Recht habe zu kleben. Von anderer Seite wurde jedoch bemerkt, es sei zweifelhaft, ob man sich auf die Kontrollbeamten in dieser Beziehung verlassen könne; sie wirkten naturgemäß mehr dahin, daß Marken zu verwenden seien, als daß nicht geklebt würde. Darauf wurde ein Antrag angenommen, der dem jetzigen § 1445 Abs. 2 RVO. entsprach. Hieraus ergibt sich nur soviel, daß man die Erklärungen der Kontrollbeamten über die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung einer Person nicht für unbedingt maßgebend erachten wollte; keineswegs aber, daß auch ein Anerkenntnis des Kontrollbeamten die Versicherungsanstalt im Rentenverfahren nicht binden sollte. Uebrigens hat das Reichsversicherungsamt bereits angenommen, daß die förmliche Aufforderung eines Kontrollbeamten gegenüber einem Arbeitgeber zur Verwendung rückständiger Beiträge als Einleitung einer Betreibung im Sinne des § 168 IVG. gilt (zu vgl. Revisionsentsch. 921, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1901 S. 544). Demnach sind die Handlungen des Kontrollbeamten auch schon in dieser Beziehung den Handlungen des Vorstandes gleichgestellt worden . . .

E. Zur Angestelltenversicherung.

Gesetz über Angestelltenversicherung der Privatlehrer.

Vom 22. Juli 1913. (RGBl. S. 600.)

§ 1. Den im § 14 Nr. 1, 2 AVG. vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 989) aufgeführten Lehrern und Erziehern an nichtöffentlichen Schulen oder Anstalten werden die privaten Einzelunterricht erteilenden Lehrer und Erzieher gleichgestellt, soweit sie bei öffentlichen Pensionsanstalten für Lehrer und Erzieher versichert sind.

§ 2. Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1913 in Kraft.

Fragen der Versicherungspflicht nach § 1 AVG.

Entscheidungen des **Rentenausschusses Berlin** (im Auszug aus den in der „Angestelltenversicherung" 1913 Nr. 8 mitgeteilten Entscheidungen).

Der Betriebsschreiber einer Fabrik, der Bücher zu führen, Verzeichnisse und Zusammenstellungen zu fertigen und Berechnungen aufzustellen, also nicht nur mechanische Dienste zu verrichten, sondern das ihm vorliegende Material systematisch zu ordnen und auf Grund gegebener Zahlen Berechnungen vorzunehmen hat, ist versicherungspflichtig.

Stenotypistinnen, die auf Grund ihrer Stenogramme mittels der Schreibmaschine Schreiben zu fertigen, mitunter auch nach einem schriftlichen Entwurf oder nach Diktat Schreiben herzustellen haben, sind versicherungspflichtig. (Vgl. Arb.-Versorgg. 1913 S. 591 Ziff. 12.)

Als maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Altersgrenze von 60 Jahren nach § 1 Abs. 3 AVG. kann nur der 1. Januar 1913 (Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes) oder der später erfolgende Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung, nicht aber ein Zeitpunkt vor dem 1. Januar 1913 in Frage kommen.

Der „Kassierer" eines Abzahlungsgeschäftes, der fertige Quittungen ausgehändigt erhält, um Schuldner aufzusuchen und die quittierten Beträge abzuholen, daneben noch als Haushälter Pakete fortzutragen und Waren von den Kunden zurückzuholen hat, ist nicht versicherungspflichtig.

Werkmeister oder „Arbeitübernehmer" einer

Digitized by Google

Zigarrenfabrik sind, auch wenn ihnen weitgehende Befugnisse hinsichtlich der Annahme und Entlassung der Arbeiter und hinsichtlich der Verteilung der Arbeiten und der Arbeiter zustehen und obgleich sie in von ihnen gemieteten Räumen arbeiten, nicht selbständige Gewerbetreibende, sondern Angestellte und daher versicherungspflichtig, wenn sie andererseits persönlich und wirtschaftlich in weitgehender Weise beschränkt sind, insbesondere eine bestimmte Anzahl von Zigarren bestimmter Art herzustellen, den Arbeitern bestimmte von der Firma festgesetzte Löhne zu zahlen, den von der Firma gelieferten Rohtabak zu verarbeiten, die Abfälle und Ueberzigarren abzuliefern haben usw., so daß sie weder die geschäftliche Gefahr tragen, noch ihre Tätigkeit auf Erzielung von Unternehmergewinn gerichtet sein kann.

Der „Portier" bei einer Jacht- und Bootswerft, dem nicht nur die allgemeine Platzaufsicht, die Ueberwachung und Kontrolle der ein- und ausgehenden Arbeiter, sondern auch der Ein- und Ausgänge der Materialien, ferner aber auch die Führung von Lohnlisten nach den Arbeitszetteln der Arbeiter und die Kalkulation der im Bau befindlichen Boote obliegt, ist mit kaufmännischen Diensten beschäftigt und daher — da die Bezeichnung des Angestellten nicht ausschlaggebend ist — versicherungspflichtig.

F. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Anrechnung von Versicherungsleistungen auf Gehalt (§ 616 Satz 2 BGB.).

Urteil des **Landgerichts Duisburg**, 4. Zivilkammer, vom 24. April 1913.

Ein Werkmeister war von seiner Krankenkasse im Krankenhause verpflegt worden. Der Arbeitgeber zahlte ihm für die Zeit seiner Dienstbehinderung zwar Gehalt, zog aber hiervon die von der Kasse bezahlten Krankenhauskosten ab. Der Werkmeister klagte auf Nachzahlung und legte gegen das abweisende Urteil des Amtsgerichts Berufung ein. Das Landgericht gab dem Rechtsmittel statt und verurteilte den Arbeitgeber.

Aus den Gründen:

Die Zeit von sechs Wochen, während deren der Kläger im Krankenhaus verpflegt worden ist, und dadurch an der Dienstleistung bei dem Beklagten verhindert worden ist, ist als eine verhältnißmäßige nicht erhebliche im Sinne des § 616 BGB. anzusehen. Der Kläger ist deshalb dadurch seines Anspruches auf Vergütung seiner Dienstleistung nicht verlustig gegangen. An und für sich durfte er deshalb den gesamten, während seines Krankseins verdienten Gehalt von dem Beklagten verlangen. Er muß sich allerdings gemäß Satz 2 § 616 BGB. auf den verdienten Gehalt denjenigen Betrag anrechnen lassen, welcher für die Zeit der Verhinderung aus einer auf Grund gesetzlicher Verpflichtung bestehende Krankenversicherung zukommt. Da nun aber der Kläger vom 1. Oktober 1911 an einen Gehalt von über 2000 M. bezogen hat, war er von diesem Zeitpunkt an gemäß § 2 KVG. überhaupt nicht mehr versicherungspflichtig und es kann deshalb auch nicht die Rede sein, daß er den hier in Rede stehenden Betrag von 84,16 M. aus einer auf Grund gesetzlicher Verpflichtung bestehenden Krankenversicherung erhalten habe (vgl. Plank, Kommentar zum BGB. Anm. 3a Satz 3 und Staudinger, Anm. 4a zu § 616 BGB.). Der Kläger braucht sich deshalb den Betrag von 84,16 M., den er aus der Krankenversicherung erhalten hat, auf Grund der Vorschrift des § 616 BGB. von seinem Gehalt nicht kürzen zu lassen. Es ist auch unerheblich, ob der Beklagte die Krankenversicherungsbeiträge für den Kläger gezahlt hat. Selbst wenn dieses zutreffen sollte, würde der Beklagte höchstens unter Umständen ein Recht haben, von der Krankenkasse oder dem Kläger die gezahlten Versicherungsbeiträge zurückzuverlangen, aber nicht von dem Kläger verlangen dürfen, daß dieser sich die ihm von der Versicherung gezahlten Beiträge auf seinen Gehalt anrechnen lasse. Ebensowenig darf der Beklagte dies, gestützt auf §§ 683 und 684 BGB., beanspruchen. Eine Verpflichtung des Klägers, sich diese Beiträge auf den Gehalt anrechnen zu lassen, würde nur dann vorliegen, wenn er sich dem Beklagten vertraglich hierzu verbunden hätte. Dies ist aber durch die Beweisaufnahme nicht bestätigt worden. Unter diesen Umständen ist der erhobene Klageanspruch gerechtfertigt.

Anmerkung: Noch aus einem anderen Grunde erscheint uns die Entscheidung des Landgerichts im Ergebnis richtig. Nach § 616 Satz 2 BGB. muß sich der Dienstverpflichtete „den Betrag", d. h. den Geldbetrag anrechnen lassen, der „ihm" für die Zeit seiner Dienstbehinderung auf Grund der Pflichtversicherung zukommt. Bei der Krankenhauspflege, die ausschließlich in Sachleistungen besteht, empfängt der Versicherte keinen Geldbetrag, der angerechnet werden könnte; was die Kasse an die Krankenhausverwaltung zahlt, ist nicht ein Betrag, der „ihm" — dem Versicherten — zukommt. Mithin ist in solchen Fällen § 616 Satz 2 BGB. überhaupt nicht anwendbar.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Wahl der Organe der Krankenkassen.

Aus Zeitungsberichten entnehmen wir folgendes:

Den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung entsprechend, sind die Organe der Krankenkassen, Ausschuß und Vorstand, im Wege der Verhältniswahl zu designieren; nur für die Landkrankenkassen erfolgen die Wahlen durch die Kreistage und Stadtverordnetenversammlungen. Bedurfte es hierzu also keiner besondern Vorschriften, so hat der Bundesrat wegen der Verhältniswahl eine Musterwahlordnung zugleich mit Mustersatzungen beschlossen; sie ist im April d. J. den Beteiligten durch Bekanntmachung des Reichsmusters mitgeteilt worden. Bei näherer Durchsicht erwies sich, das solche Wahlen ein halbes Jahr in Anspruch nehmen, und daß es daher bei größter Beschleunigung nicht möglich sein werde, die neuen Organe bis zum 1. Januar 1914, an welchem Zeitpunkt das Zweite Buch der Reichsversicherungsordnung in Kraft tritt, zu wählen. Für die bestehenden Krankenkassen, die zugelassen sind, wird daraus ein Nachteil nicht entstehen, weil nach einer vom Bundesrat beschlossenen Uebergangsbestimmung die jetzigen Mitglieder der Kassenorgane bis zum 1. Juli 1914 im Amte bleiben können. Das gilt auch, wie aus einem Erlaß des Handelsministers hervorgeht, für die Ortskrankenkassen, die zu allgemeinen Ortskrankenkassen nach Maßgabe des Art. 15 Einf.Ges. ausgestaltet worden sind. Immerhin sind an sich alle diese Kassen verpflichtet, tunlichst bald Neuwahlen nach der Verhältniswahl vorzunehmen. Schwieriger wäre die Lage für die neu errichteten allgemeinen Ortskrankenkassen, die womöglich am 1. Januar k. J. keinen Vorstand hätten. Vollziehung der Wahlen bis zu diesem Zeitpunkt würde nichts nützen, weil die Verwaltung der Kasse vorher eingerichtet werden muß Es sind Geschäftsräume zu mieten, Beamte anzustellen, Arztverträge zu schließen usw. Insbesondere muß Vorsorge getroffen werden, daß Melde- und Zahlstellen vorhanden sind. Um diesen Unzuträglichkeiten abzuhelfen, hat der Bundesrat unmittelbar vor Beginn der Ferien einen Beschluß gefaßt, wonach bei neuen allgemeinen Ortskrankenkassen das Versicherungsamt die Rechte und Pflichten der Kassenorgane wahrnimmt, sofern die Wahlen nicht rechtzeitig zustandekommen. Weil aber kaum ein Vorstand so zeitig gewählt sein wird, daß er die Verwaltung der neuen Kasse einrichten kann, so dürfte es dahin kommen, daß das Versicherungsamt bei allen neuen allgemeinen Ortskrankenkassen die wichtigen Obliegenheiten des Vorstands wahrnimmt. Diesen Eingriff in das Selbstverwaltungsrecht der Kassen zu mildern, hat der Bundesrat den nachher eintretenden Organen der Kassen die Befugnis vorbehalten, die von dem Versicherungsamt getroffenen Einrichtungen durch Kündigung der Verträge rückgängig zu machen. Bei den neuen allgemeinen Ortskrankenkassen, macht wiederum die Ermittelung der zur Wahl des Ausschusses berechtigten Personen offenbar große Schwierigkeiten; dadurch wird der Beginn der Wahlen ganz erheblich verzögert. Aus diesem Grunde hat der Bundesrat beschlossen, daß sich zwecks Aufstellung der Wählerlisten alle wahlberechtigten Versicherten unter Vorlegung einer entsprechenden Legitimation anmelden, und daß nur diejenigen wählen dürfen, die auf Grund dieser Anmeldung in die Wählerliste eingetragen sind. Von dieser Vorschrift dürften die nicht organisierten Versicherten, insbesondere die der Versicherungspflicht neu unterstellten Personen, freilich keinen ausgedehnten Gebrauch machen, da sie mit den Verhältnissen der Krankenversicherung noch nicht genügend vertraut sind und auch des nötigen Interesses für die Verwaltung der Krankenkassen entbehren. Die Wahlen würden daher eine wesentlich andere Zusammensetzung der Kassenorgane trotz der Verhältniswahl nicht ergeben. Jedenfalls wird bezweifelt, ob bei der Kürze der Zeit auch eine agitatorische Einwirkung auf solche Personen einen greifbaren Erfolg noch hervorbringen werde.

Staatliche Arbeitslosenversicherung in England.

Hierüber entnehmen wir den Münchner Neuesten Nachrichten folgendes:

Am 12. Juli waren es sechs Monate, daß ein britisches Gesetz für Zwangsversicherung gegen Arbeitslosigkeit in Kraft trat, und heute liegt schon der erste Bericht des Handelsamts über seine bisherige Wirkung vor. Das einschlägige Blaubuch kann allen, die sich für diese Frage interessieren, nur wärmstens empfohlen werden.

Der Bericht betont, daß das Gesetz unter ganz besonders günstigen Umständen wirksam wurde, insofern Handel und Industrie während des Jahres blühten und die Arbeitslosigkeit (von zwei oder drei Ausnahmen abgesehen) geringer war als in irgendeinem Jahre seit 1874. Die eigentliche Feuerprobe hat es daher erst noch zu bestehen, und die Schlüsse, die aus der Erfahrung des ersten Jahres gezogen werden können, dürfen nur mit Einschränkung Geltung beanspruchen.

Die Zwangsversicherung ist in der Hauptsache auf folgende Gewerke beschränkt: Baugewerbe, Schiffsbau, Maschinenbau, Wagenbau und Eisengießerei mit etwa $2^1/_2$ Mill. Arbeitern. Die Hauptergebnisse des neuen Gesetzes wären nun, soweit es sich übersehen läßt, etwa folgende: 1. Staatliche Zwangsversicherung gegen Arbeitslosigkeit in bestimmten Industrien erscheint administrativ durchführbar. Es ist auch schon eine Art Abgrenzung der versicherten Gewerke bewerkstelligt worden. 2. Die staatliche Zwangsversicherung kann eingeführt werden, ohne die freiwillige Versicherung zu zerstören. Der Betrag der freiwilligen Versicherung wird tatsächlich dadurch nur erhöht, nicht vermindert werden.

Ueber die größere Frage, wie weit die Wohltaten dieses Gesetzes in der Verhütung von Not durch Arbeitslosigkeit in schlechten wie in normalen Zeiten gehen werden, kann ein Urteil vorläufig nicht wohl gefällt werden. Die nächste schlechte Wirtschaftsperiode wird das zeigen. Mindestens kann man ihr aber mit etwas größerer Resignation entgegensehen. Der angelegte Ueberschuß des Arbeitslosenfonds beträgt 1 610 000 Pfd. (über 32 Mill. M.) und nimmt rasch zu. Es ist alles für die Verteilung des Fonds fertig. Die Depression, die mit der Zeit kommen muß, wird das Land nicht ganz unvorbereitet finden.

Die Arbeiter und Unternehmer, die zu gleichen Teilen zu dem Fonds beisteuern, haben sich dem Gesetz ohne Murren gefügt. Die Zahl der abgewiesenen Ansprüche betrug nur 8,9 %, betrügerische scheinen nicht häufig gewesen zu sein. Im ganzen wurden 2 508 939 Versicherungskarten ausgegeben, auf Grund deren vom 8. Januar bis 12. Juli etwa 400 000 Arbeiter 559 021 Ansprüche anmeldeten. Die Perioden der Arbeitslosigkeit

Digitized by Google

waren in den meisten Fällen sehr kurz, die Zahlen deuten mehr auf beständigen Arbeitswechsel als gewöhnliche Arbeitslosigkeit.

Diese Arbeitslosigkeit war über die einzelnen Landesteile sehr verschieden verteilt; am schlimmsten war sie in London und dem südöstlichen Distrikt. Tatsächlich gingen Nachfragen nach Arbeitern, die nicht befriedigt werden konnten, in einigen Industrien und Distrikten neben großer Arbeitslosigkeit in anderen Gebieten her. Der Bericht erhofft in dieser Beziehung Besserung von der weiteren Ausgestaltung der Arbeitsausweiseämter, die die unentbehrliche Grundlage dieses ganzen Versicherungswesens sind.

Im ganzen sind in 774494 Zahlungen 4729160 M. ausgezahlt worden. Das Bruttojahreseinkommen betrug 2268400 Pfd. Sterling (über 45 Mill. M.), und der angelegte Ueberschuß ist 1610000 Pfd. Sterling (32200000 M.), so daß die finanzielle Position des Unternehmens recht stark ist. Die höchste Zahl der Arbeitslosen in einem gegebenen Moment war 118000, die niedrigste 67000. Der höchste, während einer Woche ausgezahlte Unterstützungsbetrag war 19200 Pfd. Sterling (384000 M.), der niedrigste 4800 Pfd. Sterling (96000 M.).

Wie stimulierend das Gesetz auf die freiwillige Versicherung wirkte, zeigen folgende Tatsachen. 21 Gewerkschaften mit über 86000 Mitgliedern führten seit dem Bestehen des Gesetzes Arbeitslosenversicherung neu ein und andere, die sie schon besaßen, erhöhten ihre Mitgliederzahl. Ferner sind 275 Vereine mit 1104000 Mitgliedern, wovon mehr als die Hälfte außerhalb der zwangsweise versicherten Gewerke stehen, zugelassen worden; sie sind so instand gesetzt, den Staatsbeitrag zu beanspruchen, durch den das Gesetz das freiwillige Versicherungswesen in allen Gewerken zu ermutigen hofft.

Umfang der Invalidenhauspflege im Jahre 1912 (§ 1277 RVO.).

Einem Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 18. März 1913 entnehmen wir:

Am Schlusse des Jahres 1912 hatten acht Versicherungsanstalten und zwei Sonderanstalten im ganzen 15 eigene Invalidenheime mit 453 Betten für Männer und 69 Betten für Frauen. Die Grunderwerbs-, Bau- und Einrichtungskosten dieser Heime betrugen 1279784 Mark. Unter Zugrundelegung dieser Zahlen stellten sich die Kosten für ein Bett durchschnittlich auf 2452 M. Im Höchstfalle betrugen die Kosten für ein Bett 5041 M., im niedrigsten Falle 1137 M. Die größte Anzahl von Betten, nämlich 75, hat das der Thüringischen Landesversicherungsanstalt gehörige Invalidenheim Etzelbach bei Ilmenau, während die geringste Anzahl, acht Betten, das Invalidenhaus Hahausen, Kreis Gandersheim (Landesversicherungsanstalt Braunschweig), hat. Gegen das Vorjahr ist die Zahl der eigenen Anstalten zur Unterbringung von Rentenempfängern um zwei gestiegen, und zwar hat die Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt das Invalidenheim Sophienhöhe in Bad Berka mit 40 Betten für Männer am 2. Januar 1912 und die Landesversicherungsanstalt Mittelfranken das Invalidenheim Wendelstein (Bezirksamt Schwabach) mit 40 Betten für Frauen am 1. April 1912 in Betrieb genommen. Zwei Invalidenhäuser, Tirschenreuth mit 76 Betten (Landesversicherungsanstalt Oberpfalz) und Jenkau bei Danzig mit 37 Betten (Pensionskasse für Arbeiter der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft) befanden sich pachtweise in der Verwaltung dieser Versicherungsträger. Die von der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte gemietete Invalidenpension Hamburg wurde mangels genügender Besetzung am 1. Dezember 1912 aufgehoben. Auch diejenigen Versicherungsträger, die eigene Invalidenheime besitzen oder solche pachtweise in eigene Verwaltung genommen haben, benutzen mit Ausnahme einer Versicherungsanstalt außerdem noch fremde Anstalten, meist Krankenhäuser, Hospitäler, Stifte und ähnliche Einrichtungen. Insbesondere werden für Rentenempfänger, die sich im vorgeschrittenen Stadium der Lungentuberkulose befinden, kleine ländliche Krankenhäuser, Pflegeheime oder besondere Krankenhäuser für Lungenkranke in Anspruch genommen. Im Jahre 1912 wurden 469 (1911 : 404) derartige Anstalten von den Versicherungsträgern benutzt.

Die Gesamtzahl der im Jahre 1912 von 25 Versicherungsanstalten und drei Sonderanstalten unmittelbar eingewiesenen Rentenempfänger betrug 4431 Personen (3047 Männer und 1384 Frauen) gegen 3927 im Vorjahr. Von diesen waren untergebracht in eigenen Heimen 496 Personen, in gemieteten Häusern 143 und in fremden Anstalten 3792 Personen. Von den 4431 Invalidenhauspfleglingen litten 1208 (853 Männer und 355 Frauen) an Lungentuberkulose. Sie wurden mit Ausnahme von 16 in einem gemieteten Heime (Hansestädte) und von 13 in Privatpflege (Landesversicherungsanstalt Westpreußen) untergebrachten Personen ausschließlich in fremden Anstalten verpflegt. Die Zahl der lungentuberkulösen Invalidenhauspfleglinge ist gegen das Vorjahr um 98 (47 Männer und 51 Frauen) gestiegen. An der Zunahme sind hauptsächlich die Landesversicherungsanstalten Rheinprovinz und Schlesien beteiligt. Bei ersterer ist die Zahl der Pfleglinge von 450 im Vorjahr auf 504 im Jahre 1912, bei letzterer von 243 auf 292 gestiegen.

Ohne Vermittlung der Versicherungsträger sind 16817 Rentenempfänger in Siechen- und Krankenhäusern, Stiften, Spitälern, Anstalten für Alkoholkranke, Irrenanstalten usw. verpflegt worden. Zur teilweisen Deckung der Verpflegungskosten wird den Armenverbänden die Rente der Pfleglinge überwiesen.

Eine besondere Bedeutung gewinnt die Unterbringung von alkoholkranken Rentenempfängern in Trinkerasylen usw. Im Jahre 1912 waren 105 Invalidenhauspfleglinge (sechs lungentuberkulöse und 99 andere invalide Personen) alkoholkrank. Der größte Teil hiervon, 85 Personen, entfiel auf die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, die diese Kranke gegen Abtretung der Rente in Trinkerheilstätten untergebracht hat, wo sie im Sommer mit landwirtschaftlichen Arbeiten, im Winter in der Bürstenmacherei, Schlosserei, Schreinerei, wenn angängig, jeweils mit Arbeiten ihres Berufs beschäftigt werden.

In den eigenen Invalidenheimen der Landesversicherungsanstalten Oberfranken, Mittelfranken und Schwaben steht es den Pfleglingen frei, sich an allen vorkommenden Arbeiten im Hauswesen, im Feld und Gartenbaubetrieb oder an Arbeiten ihres Berufs zu beteiligen. In den Invalidenhäusern der Thüringischen Landesversicherungsanstalt und der Pensionskasse für die Arbeiter der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft besteht für die Pfleglinge zwar keine Verpflichtung zur Arbeit, doch wird ihnen eine Anregung zur Beschäftigung dadurch gegeben, daß für die etwa geleisteten Arbeiten kleine Vergütungen gezahlt werden. Die Thüringische Landesversicherungsanstalt gewährt je nach dem Grade der Arbeitsleistungen Arbeitsprämien, die in Höhe von 6, 12 und 18 M. halbjährlich zur Auszahlung kommen. In den Invalidenheimen der Landesversicherungsanstalten Sachsen-Anhalt, Hessen-Nassau, Oberbayern, Braunschweig und in dem gemieteten Invalidenheime der Landesversicherungsanstalt Oberpfalz besteht ein mäßiger Arbeitszwang. Die Pfleglinge werden jedoch nur zu solchen leichten Haus-, Hof-, Garten- und Feldarbeiten heran-

Digitized by Google

gezogen, zu denen sie die erforderliche körperliche Fähigkeit und Rüstigkeit besitzen.

Der Gesamtkostenaufwand für die Invalidenhauspflege betrug im Jahre 1912 nach Abzug der Erstattungen durch Renten und sonstige Zuschüsse 1 069 430 M. gegen 903 483 M. im Vorjahr. Unter Zugrundelegung von 1 121 405 Verpflegungstagen betrugen die Kosten für den Kopf und Tag 0,95 M gegen 0,92 M. im Jahre 1911. Die durchschnittlichen Kosten stellten sich in den eigenen Invalidenheimen auf 1,28 M., in gemieteten Häusern auf 1,25 M. und in fremden Anstalten auf 0,89 M. Hierbei sind die Pflegetage der tuberkulösen und der nichttuberkulösen Invalidenhauspfleglinge berücksichtigt worden. Betrachtet man jede dieser beiden Gruppen für sich allein, so ergibt sich, daß die Pflegekosten für Tuberkulöse wesentlich höher sind als für Nichttuberkulöse. Während die Pflegesätze für letztere in fremden Anstalten in den Grenzen zwischen 0,27 M. und 1,25 M. liegen, bewegen sie sich bei den Tuberkulösen zwischen 0,47 M. und 2,24 M. Der außergewöhnlich niedrige Verpflegungssatz von 8 Pf. für den Kopf und Tag in den eigenen Invalidenheimen der Landesversicherungsanstalt Braunschweig gegenüber dem Vorjahr (0,30 M.) erklärt sich durch die auf Grund der Rechnungsbestimmungen vom 30. Dezember 1911 vorgeschriebene Ermäßigung der Belastung der Anlagen und durch die Erhöhung der Abschreibung auf die bewegliche Einrichtung, in der Hauptsache dadurch, daß für die meisten Pfleglinge von den beteiligten Ortsarmenverbänden Pflegekostenzuschüsse im Betrage von 100 bis 120 M. jährlich gezahlt wurden; diese sind von der Versicherungsanstalt in letzter Zeit um etwa die Hälfte ermäßigt worden.

Zur Förderung des Baues von privaten Invalidenheimen und sonstigen Einrichtungen für die Invalidenhauspflege haben 13 Versicherungsträger bis Ende 1912 Darlehen im Betrage von 8 785 000 M. hergegeben. Einzelnen Versicherungsanstalten sind bei Einweisung von Pfleglingen in die beliehenen Häuser Vergünstigungen, insbesondere bezüglich der Verpflegungssätze, gewährt worden.

Die Bestrebungen der Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke in Danzig, die Invalidenhauspflege für lungenkranke Rentenempfänger durch Privatpflege zu ersetzen (zu vgl. Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1910 S. 576 Abs. 2, 1911 S. 361 Abs. 3 und 1912 S. 555), werden weiter fortgesetzt. Trotzdem der monatliche Pensionspreis von 40 auf 45 M. erhöht worden ist, hat der Versuch der Fürsorgestelle, weitere Pflegestellen zu erhalten, zu keinem Ziele geführt. Gegen das Vorjahr hat sich die Zahl der in Privatpflege gegebenen Rentenempfänger um vier vermehrt.

Von der durch den § 1277 RVO. den Landesversicherungsanstalten eingeräumten Befugnis, den Angehörigen der Invalidenhauspfleglinge einen Teil der Rente zu belassen, hat die Thüringische Landesversicherungsanstalt wiederholt Gebrauch gemacht; sie hat neuerdings hierüber weitere Bestimmungen getroffen, namentlich um tuberkulösen Rentenempfängern den Eintritt in ein Invalidenheim zu erleichtern. Von dieser Befugnis wollen auch andere Versicherungsanstalten Gebrauch machen, die deshalb ihre vom Reichsversicherungsamte genehmigten Ausführungsbestimmungen zu dem § 1277 RVO. entsprechend gestaltet haben. Diese Ausführungsbestimmungen berücksichtigen auch mehrfach die Waisenhauspflege. Erhebungen über den Umfang der letzteren sind jedoch für das Berichtsjahr 1912 noch nicht angestellt worden.

Sprechsaal.

Zur Buchführung der Krankenkassen nach der Reichsversicherungsordnung.

Von Rechnungsführer C. Schmidt in Lüdenscheid.

Die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, soweit sich dieselben auf die Kassen- und Rechnungsführung beziehen, werden besonders die Landkrankenkassen und diejenigen Allgemeinen Ortskrankenkassen, welche die landkassenpflichtigen Versicherten umfassen, vor komplizierte Rechnungen stellen. Es kommen hierbei die Bestimmungen über die in der Land- und Forstwirtschaft, als unständig, im Wandergewerbe Beschäftigten, sowie die Hausgewerbetreibenden und deren hausgewerblich Beschäftigte in Frage.

Durch die Bestimmung des § 450 sind diese Kassen verpflichtet, neben dem nach § 180 festzusetzenden Grundlohnsystem — welches in drei Arten zulässig ist — für die Unständigen ein besonderes System nach dem Ortslohn in ihre Satzung aufzunehmen. Verzichtet eine Landkrankenkasse nach § 181 darauf, für ihr Grundlohnsystem die Basis des § 180 zu wählen, und bestimmt sie den Ortslohn als Grundlohn, dann muß auch in diesem Falle für die bei ihr versicherten Betriebsbeamten, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung sowie für Facharbeiter der Grundlohn nach § 180 festgesetzt werden.

Diese Kassen kommen hiernach nicht daran vorbei, zwei Grundlohnsysteme in ihre Satzung aufzunehmen. Wenn man bedenkt, daß solche Kassen, welche die Voraussetzungen des § 180 Abs. 1 zur Grundlage ihres Grundlohnsystems wählen bis zu zehn Lohnklassen und darüber kommen können, wozu dann noch nach der Vorschrift des § 150 sechs weitere Klassen nach dem Ortslohn festzusetzen sind, dann ist dieses schon geeignet, die Berechnung der Beiträge verwickelt zu gestalten.

Eine weitere Umständlichkeit wird diesen Kassen die Berechnung der Beiträge der in der Landwirtschaft Beschäftigten bereiten, soweit die §§ 420 ff. in Frage kommen. Auch die Verrechnung und Einhebung der Beiträge der hausgewerblich und der unständig Beschäftigten wird große Schwierigkeiten verursachen.

Für die unständlich und die hausgewerblich Beschäftigten (für die letzteren nur, wenn § 488 auf sie keine Anwendung findet) ist ein besonderes Mitgliederverzeichnis nach der Buchstabenfolge zu führen (§ 442). Daß diese Mitgliederverzeichnisse in Form eines Buches vorhanden sein müssen, ist wohl nicht anzunehmen. Hier dürfte die Einführung von Personalkarten an Stelle eines Buches als vollwertiger Ersatz gelten. Ein solches Kartenregister ist meines Erachtens nicht nur ein vollwertiger Ersatz, sondern infolge seiner größeren Beweglichkeit auch übersichtlicher und ermöglicht erst die strenge Durchführung der Buchstabenfolge. Zudem ist ein solches Kartenregister für unabsehbare Dauer berechnet, während das Mitgliederverzeichnis in Form eines Buches unübersichtlichtlich und, wenn das Buch nicht in größerem Umfange angelegt wird, auch sehr bald aus- und abgenutzt sein wird.

Nach § 450 sind die Beiträge und Leistungen der unständig Beschäftigten gesondert zu buchen. Wenn

Digitized by Google

dieses so verstanden sein soll, daß diese Beiträge und Leistungen sofort aus dem Einnahme- und Ausgabebuch ersichtlich sein sollen, dann dürften diese Bücher infolge ihrer vielen Rubriken einen Umfang annehmen, welcher nur hinderlich sein kann. Es wird wohl gestattet werden, diese Beiträge und Leistungen in den für die anderen Beiträge und Leistungen vorgesehenen Rubriken der Kassabücher zu buchen und dieselben dann in Nebenbüchern zu sammeln. Es sei hierbei darauf hingewiesen, daß diejenigen Kassen, welche satzungsgemäß Mehrleistungen nach den §§ 185, 193, 196, 198, 199 und 200 gewähren, diese Leistungen besonders zu rubrizieren haben. Das Ausgabebuch dieser Kassen würde infolge der vielen Rubriken eine nichts weniger als übersichtliche Form annehmen. Die Führung von Nebenbüchern nach Art der kaufmännischen Buchführung würde deshalb wohl zu empfehlen und notwendig sein.

§ 393 schreibt vor, daß die Zahltage höchstens einen Monat auseinander liegen dürfen. Aus dieser Bestimmung geht hervor, daß die Beiträge mindestens alle Monate zu erheben sind. Dies ist für eine große Anzahl von Kassen, welche bisher die Beiträge vierteljährlich einzogen, eine erhebliche Vermehrung ihres Schreibwerks. Wenn nun auch das Gesetz die monatliche Einhebung zur Pflicht macht, so läßt es doch die Frage offen, ob die Summe der von den Arbeitgebern allmonatlich einzuziehenden Beiträge im einzelnen nachzuweisen sind. Wenn nicht unnötige Arbeit verlangt wird, dann muß es meines Erachtens genügen, wenn der auf das einzelne Mitglied entfallende Beitrag jeden dritten Monat nachgewiesen und für die beiden folgenden Monate Zahlungen in Höhe eines Drittels der vierteljährlich nachgewiesenen Beiträge zur Einhebung kommen. Um diese verständlich zu machen, will ich zu einem Beispiel greifen: Die Firma X hat für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. Dezember nach spezifizierter Rechnung 3120 M. an Beiträgen gezahlt. Am 1. Februar soll dieselbe für den Monat Januar den fälligen Beitrag entrichten, welcher dann mit $\frac{3120}{3}$ M.: 1040 M. eingezogen werden müßte. Für den Monat Februar würde derselbe Betrag zur Einziehung kommen, während für den Monat März der spezifiziert nachgewiesene Betrag, abzüglich der für die Monate Januar und Februar gezahlten Beträge zur Einhebung käme. Durch diese Methode der Einziehung wird eine Menge unnötiger Arbeit vermieden, ohne die Finanzkraft der Kasse zu schädigen; die hierdurch erzielte Ersparnis an Verwaltungskosten kann im Interesse der Versicherten angewandt werden.

Nach § 517 Abs. 2 in Verbindung mit § 364 sind die von den Arbeitgebern einzuzahlenden Beitragsteile der einer Ersatzkasse angehörenden Versicherungspflichtigen dem Reservefonds zuzuführen. Da nun der Reservefonds der Kassen nach den bisherigen Anweisungen der Aufsichtsbehörden aus jederzeit liquiden Vermögensteilen zusammengesetzt sein muß, so folgt hieraus, daß diese Beitragsteile ebenfalls bei Sparkassen oder in mündelsicheren Papieren (Hypotheken) angelegt werden müssen. Es würde zu weit führen, wenn diese Beitragsteile sofort nach ihrer Einzahlung in dem bezeichneten Sinne verwendet werden müßten; es wird genügen, wenn dieselben, je nach ihrer Bedeutung, monatlich, vierteljährlich oder in noch längeren Fristen gesammelt und ihrer Zweckbestimmung zugeführt werden.

Es ist nicht möglich, die Kompliziertheit der nach der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Rechnungsführung in ihren Einzelheiten in der Form eines kurzen Aufsatzes zu charakterisieren und auf alle möglichen Vereinfachungen hinzuweisen. Hierzu kommt, daß das Rechenwerk der Kassen so einfach wie möglich zu gestalten, Aufgabe des Bundesrats ist, welcher nach § 366 hierüber Bestimmungen zu treffen hat. Zu wünschen wäre, daß diese Vorschriften auf die Eigenart der Kassen Rücksicht nehmen und daß in den Fällen, in denen ohne Schaden für die Uebersichtlichkeit eine Abweichung von der üblichen Form zu Tage tritt, diesem von Seiten der kompetenten Stellen mit Wohlwollen begegnet würde.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Zur Lage der Angestellten einer infolge der Neuordnung zu schließenden Kasse.

1. Nach Berlin (R.). Antwort: Nach § 302 RVO. mit Art. 32 Einf.Ges. endet das Vertragsverhältnis ein Jahr nach der im § 302 vorgeschriebenen Mitteilung des Schließungsbeschlusses, falls es nicht schon zu einem früheren Zeitpunkt gekündigt werden kann und gekündigt wird. Bis dahin also bleibt der Vertrag voll in Kraft. Die Angestellten haben daher ihr Gehalt bis dahin nach Maßgabe des Vertrages, insbesondere auch in den gleichen Zeitabschnitten wie bisher zu fordern und anderseits hat die Kasse bis dahin auch noch Anspruch auf die vertragsmäßigen Dienste der Angestellten. Wird der Angestellte vorher von einer anderen Kasse übernommen und dadurch verhindert, die Dienste bei seiner bisherigen Kasse zu leisten, so verliert er den Anspruch auf sein bisheriges Gehalt (§ 323 Abs. 1 BGB.). Es macht keinen Unterschied, ob die Uebernahme durch schriftlichen Vertrag oder durch mündliche Abmachung erfolgt.

Zum Begriffe des Arbeitstages, wenn die Beschäftigung nur an einem Tage der Woche stattfindet.

2. Nach Bonn. Frage: Eine Frau arbeitet regelmäßig Freitags jeder Woche den ganzen Tag in einem Federreinigungsbetriebe. Diese Arbeit kann nur Freitags ausgeführt werden, weil an anderen Tagen der Woche die Reinigung von Federn nicht vorgenommen wird; auf Grund dieser regelmäßigen Beschäftigung ist Krankenversicherungspflicht anerkannt. An den übrigen Tagen der Woche verrichtet die Frau Putzarbeiten bei verschiedenen Herrschaften im Privathaushalt, diese Arbeit ist also nicht krankenversicherungspflichtig. Die Frau beansprucht nun Krankengeld für alle Werktage, also auch

Digitized by Google

für die Tage, an welchen sie nicht krankenversicherungspflichtige Arbeiten vollführt hat. Wir sind der Ansicht, daß ihr nur für den Freitag das Krankengeld zusteht, weil dieser Tag allein als Arbeitstag im Sinne des § 6 KVG. anzusehen ist. Ist das richtig?

Antwort: Ja! Denn da die fragliche Arbeit nach der allgemeinen Ordnung des Betriebes nur am Freitag verrichtet wird, kann für die damit beschäftigten Personen eben nur der Freitag als Arbeitstag in Betracht kommen (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 7a zu § 182 RVO. und die dort angeführten Entscheidungen). Anders läge die Sache nur, wenn jene Arbeit im Betriebe an allen Wochentagen verrichtet würde und die Frau nur aus persönlichen Gründen verhindert wäre, daran an anderen Tagen als dem Freitag teilzunehmen (vgl. Entsch. des Bayr. VGH. in Arb.-Versorgg. 1912 S. 222).

a) Verpflichtungen der Kasse bei Anordnung einer Operation durch die Berufsgenossenschaft. b) Benachteiligung der Kasse infolge Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft.

3. Nach Diez. Frage: a) Ein Arbeiter verlor im vorigen Jahre das vordere Glied des rechten Zeigefingers. Die Wunde wurde geheilt, er hatte aber immer noch Beschwerde, weil das Gelenk noch stehengeblieben war. Im Juni d. J. wurde er von der Berufsgenossenschaft aufgefordert, sich zwecks Rentenfestsetzung bei einem Arzt zu melden. Dieser stellte fest, daß der Finger erst dann besser werden könne, wenn noch ein Stück abgenommen sei. Nunmehr verfügte die Berufsgenossenschaft, daß er sich zur Vornahme der Operation ins hiesige Krankenhaus begeben solle, als Entschädigung würde er für die Zeit der Erwerbsunfähigkeit die volle Rente erhalten. Der Arbeiter verlangt aber auch noch von der Kasse das satzungsgemäße Krankengeld. Wir haben dessen Auszahlung abgelehnt, weil wir die Vornahme der Operation nicht verfügt haben; diese ist lediglich im Interesse der Berufsgenossenschaft geschehen, um die Rente erniedrigen zu können. Haben wir mit unserer Ansicht recht?

b) Im allgemeinen erlauben wir uns noch die Anfrage, wie sich die Krankenkassen den Berufsgenossenschaften gegenüber zu verhalten haben, wenn diese die Fürsorge für Verletzte sogleich übernehmen. Sie haben von der Kasse außer dem Krankengeld drei Achtel des Grundlohnes zu beanspruchen, so daß für diese die Kosten sich immer höher belaufen werden, als wenn sie selbst die Krankenhauspflege übernehmen würde. Kann die Kasse zur Uebernahme dieser Kosten gezwungen werden?

Antwort: a) Nach der Sachlage kann es keinem Zweifel unterliegen, daß der Arbeiter im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes krank und erwerbsunfähig ist; denn die Abnahme des Fingergliedes sollte der Beseitigung der körperlichen Beschwerden dienen. Daß zugleich die Berufsgenossenschaft insoweit Vorteil haben würde, als nach der Operation Aussicht auf Minderung der Erwerbsunfähigkeit bestand, ist für die Verpflichtung der Kasse unerheblich. Diese kann auch nicht für sich geltend machen, daß sie die Operation nicht angeordnet habe. Vielmehr bleibt sie an sich nach § 1501 RVO. zur Unterstützung verpflichtet. Daher muß sie Krankengeld gewähren, kann aber für dieses nach §§ 1505, 1506, 1 Ersatz aus der halben Unfallrente verlangen. Ist diese aber bereits von der Berufsgenossenschaft gewährt worden, so kann die Kasse die Hälfte der Rente nach § 1510 auf das Krankengeld anrechnen.

b) Während der ersten 13 Wochen nach dem Unfalle kann allerdings die Berufsgenossenschaft, wenn sie das Heilverfahren sofort übernimmt, nach § 1513 von der Kasse als Ersatz das Krankengeld und drei Achtel des Grundlohns für die Krankenpflege verlangen. Hierbei kann in der Tat die Kasse schlechter fortkommen, als wenn sie selbst die ärztliche Behandlung gewähren würde. Aber dagegen ist nichts zu machen; es ist in das Belieben der Berufsgenossenschaft gestellt, ob sie das Heilverfahren schon vor der 14. Woche übernehmen will.

a) Die Mitgliedschaft einer ausländischen Krankenkasse befreit nicht vom Eintrittsgeld. b) Eine Krankenkasse darf kein Stadtwappen im Stempel führen.

4. Nach K. Antwort: a) Nur wer vorher einer inländischen Krankenkasse angehört hat, braucht beim Eintritt in eine andere Eintrittsgeld nicht zu zahlen. Die Mitgliedschaft einer ausländischen befreit nicht von dieser Verpflichtung.

b) Die Krankenkasse ist nicht befugt, in ihrem Stempel das Stadtwappen zu führen. Allerdings besteht ein ausdrückliches Verbot, Stadtwappen zu führen, nicht, und das Reichsgericht hat es daher für zulässig erklärt, daß z. B. ein Geschäftsmann seinen Laden mit dem Wappenbild der Stadt schmückt (vgl. Urteil vom 19. Oktober 1911, Aktenzeichen IV 700/10, im „Recht" XV Nr. 3795). Ebenso muß man es als statthaft ansehen, wenn die Kasse etwa ihre Briefbogen damit ziert. Anders jedoch, wenn durch die Benutzung der Anschein erweckt wird, daß der Benutzer das Wappen als eigenes führe, oder, daß es sich um eine Kundgebung dessen handle, der zur Führung des Wappens berechtigt ist. In solchen Fällen würde ein dem Namensrecht ähnliches Recht verletzt werden und dann verneint auch das Reichsgericht mit Rücksicht auf § 12 BGB. die Befugnis eines jeden, das Wappen zu verwenden (Urteil vom 27. Mai 1909, IV 557/08, „Recht" XIII Entscheidung Nr. 2210 und Jurist. Wochenschrift XXXVIII S. 411). Das Wappen aber in einem Stempel, mit dem die Kasse zeichnet, kann den Eindruck erwecken, daß es sich um eine Kundgebung einer städtischen Verwaltung handle. Darum hat die Stadt ein berechtigtes Interesse daran, eine solche Verwendung zu verbieten.

Verpflichtung des Unternehmers zum Ersatze des Unfallzuschusses gegenüber der Krankenkasse.

5. Nach Worms. Antwort: Endet das Heilverfahren im Falle eines versicherungspflichtigen Unfalls vor Beginn der 14. Woche, so hat nach § 576 RVO. in der Regel der Unternehmer der Krankenkasse den nach § 573 zu leistenden Unfallzuschuß zu ersetzen, die Berufsgenossenschaft nur dann, wenn deren Satzung ihr diese Verpflichtung ausdrücklich auferlegt (§ 576 Abs. 1 Satz 2).

Geltung älterer Anstellungsverträge bei den ausgestalteten Ortskrankenkassen.

6. Nach B. Antwort: Ihr Anstellungsvertrag wird dadurch nicht einfach aufgehoben, daß Ihre Kasse zur Allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet wird. Sie werden aber in Zukunft, falls Sie nicht den Charakter eines Beamten erhalten, der Dienstordnung unterstehen. Es kann dann allerdings eine Kündigung gemäß Art. 34 Abs. 3, 35, 36 Einf.Ges. z. RVO. erfolgen.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **11. Oktober 1913.**

Redaktion:	**Nr. 29**	**Verlag und Expedition:**
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die Tragweite der §§ 614, 1302, 1303 RVO.

Von Regierungsrat **Schlenther** in Breslau.

Die Auslegung der §§ 614, 1302, 1303 RVO., welche von der Berechtigung Hinterbliebener, Ansprüche auf Auszahlung von Rentenrückständen (Unfall- und Invalidenrenten) zu erheben, handeln, macht nach zwei Richtungen Schwierigkeiten. Einmal ist der Begriff der „häuslichen Gemeinschaft" verschiedener Deutung fähig und weiter fragt es sich, ob im Falle des Fehlens solcher Hinterbliebenen, die mit dem Verstorbenen in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben, die Erbfolge des bürgerlichen Rechts eintritt oder nicht.

Der Begriff der „häuslichen Gemeinschaft" wird von mehreren Kommentaren, z. B. von Düttmann, und in der Praxis öfter sehr eng ausgelegt. Es wird Gemeinsamkeit des Hausstandes am Todestage verlangt, nur vorübergehende Abwesenheit soll die häusliche Gemeinschaft nicht aufheben[1]). Demgegenüber betont Weymann in seinem Kommentar (Anm. 7 zu § 1302)[2]), daß der Ausdruck nicht sowohl räumlich, als vielmehr ethisch aufzufassen sei. Er erläutert das dahin, daß die häusliche Gemeinschaft bestehe, solange nicht das Band der Familienzusammengehörigkeit durch den Willen eines der Beteiligten oder durch die Verhältnisse zerrissen worden sei. Die Richtigkeit dieser Ansicht bezweifelt, ohne freilich auf Einzelheiten einzugehen, Schäffer in einem Aufsatz in der „Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung" (1. Jahrg. Nr. 3 S. 467). Schäffer verweist insbesondere auf auswärts arbeitende erwachsene Kinder, bei denen die häusliche Gemeinschaft schwer zu konstruieren sein werde. Der Einwand Schäffers erscheint nicht ganz unberechtigt, zumal Weymann immer nur auf Ehegatten exemplifiziert. Indessen erkennt auch Weymann in dem Schlußsatze jener Anmerkung an, daß im Einzelfall die Grenze schwer zu finden sein könne, woraus ich entnehme, daß auch er nicht gemeint war, erwachsene selbständige Kinder der häuslichen Gemeinschaft ihrer Eltern zuzurechnen. Umgekehrt ist es natürlich auch bei engster räumlicher Auslegung möglich, daß die Eltern dem Hausstande ihrer verheirateten Kinder zugerechnet werden müssen. Dem Grundgedanken Weymanns jedoch, daß der Begriff nicht räumlich aufzufassen sei, möchte ich mit der Maßgabe beitreten, daß für die Beantwortung der Frage, ob häusliche Gemeinschaft bestanden habe, lediglich die Absicht der Beteiligten entscheidend sein muß. Auch die engste an den Buchstaben sich haltende Auslegung ist nie so weit gegangen, einen vorübergehenden Aufenthalt im Krankenhause z. B. als die häusliche Ge-

[1]) Es wird sogar die Ansicht vertreten, die Rentenrückstände seien nur für die Dauer der häuslichen Gemeinschaft zu gewähren dergestalt, daß Rückstände vor dem Beginn der häusl. Gem. nicht auszuzahlen seien.

[2]) Kommentar zur Reichsversicherungsordnung von Laß, Olshausen, Weymann Bd. III 3. Aufl. 1912 S. 408. Aehnlich Kobler in einem Aufsatz in der Arb.-Versorgg. 1913 S. 296. Allerdings scheint Kobler noch über Weymann hinausgehen zu wollen.

Digitized by Google

meinschaft aufhebend anzusehen. Die Unbilligkeit einer solchen Auslegung lag zu klar zutage. Durchbricht man aber einmal das Prinzip wörtlicher, d. h. räumlicher Auslegung, so wird man sehr bald genötigt, das Prinzip überhaupt aufzugeben, denn wo ist die Grenze der vorübergehenden zur dauernden Abwesenheit, warum sollte Aufenthalt im Krankenhause anders zu behandeln sein als Abwesenheit zu Besuchszwecken oder zum Aufsuchen besserer Arbeitsgelegenheit? Ist damit die räumliche Auslegung als den Bedürfnissen der Praxis nicht gerecht werdend dargetan, so gelangt man in Weiterentwicklung des von der Praxis bereits angenommenen Gedankens, daß vorübergehende Abwesenheit die häusliche Gemeinschaft nicht aufzuheben vermöge, dazu, als Kriterium zur Beantwortung der Frage, ob häusliche Gemeinschaft trotz der tatsächlichen Trennung aufrechterhalten sei, die Absicht der Beteiligten anzusehen. Diese, wie erwähnt, auch von Kobler im wesentlichen geteilte Ansicht kommt praktisch ungefähr auf die Weymanns hinaus, allerdings möchte ich im Gegensatz zu Weymann den Verhältnissen, durch die das Familienband zerrissen werden könnte, keine so wesentliche Bedeutung beimessen. Denn die Beurteilung solcher Verhältnisse daraufhin, ob im Einzelfall durch sie das Familienband tatsächlich zerrissen sei, wird je nach dem ethischen Standpunkt des Urteilenden recht verschieden ausfallen können, während die Feststellung der Absicht der Beteiligten eher objektiv möglich sein dürfte[1]).

Ich verkenne dabei keinen Augenblick, daß auch gegen meine Begriffsumschreibung der Einwand Schäffers sich erheben läßt, da durch sie gleichfalls durchaus nicht alle Fälle getroffen werden, in denen aus allgemeinen Erwägungen die Auszahlung der Rentenrückstände erwünscht erscheinen könnte. Derartige sicher vorkommende Härten lassen sich aber nach Lage der gegenwärtigen Gesetzgebung meines Erachtens überhaupt nicht ganz ausschalten.

[1]) Weymann will z. B. unheilbare Geisteskrankheit als ein die häusliche Gemeinschaft unabhängig vom Willen der Beteiligten aufhebendes Moment ansehen. Ich würde sie lieber nur als einen Umstand betrachten, aus dem auf den Willen des Geistesgesunden die häusliche Gemeinschaft aufzuheben geschlossen werden kann.

Der Begriff der häuslichen Gemeinschaft, der schon im bisherigen Rechte eine Rolle spielte, hat bisher zu rechtlichen Schwierigkeiten keinen Anlaß gegeben; freilich wohl nicht deshalb, wie Kobler zu meinen scheint, weil solche nicht aufgetaucht wären, sondern deshalb, weil bisher der Begriff im Hinblick auf den Schlußsatz des Abs. 4 des § 41 JVG. eine nennenswerte praktische Tragweite nicht hatte und nicht haben konnte. Denn war nach bisherigem Recht ein Ehegatte, der mit dem Verstorbenen in häuslicher Gemeinschaft gelebt hatte, nicht vorhanden, so trat nach der genannten Bestimmung die Erbfolge des bürgerlichen Rechtes ein und in den seltensten Fällen wird daher die Frage, ob häusliche Gemeinschaft bestanden habe, bis an das Reichsversicherungsamt gelangt sein. Den Hinterbliebenen wird sicher die tatsächliche Auszahlung der Rentenrückstände genügt und sie werden kaum Wert auf die Feststellung gelegt haben, ob diese Auszahlung erfolge, weil häusliche Gemeinschaft anzunehmen sei, oder auf Grund des bürgerlichen Erbrechtes. Wesentlich anders liegen die Dinge — vorläufig — seit Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung. Jetzt fehlt die Bestimmung des subsidiären Eintretens der bürgerlichen Rechtsnachfolge und die Spruchinstanzen werden häufiger als je zuvor sich sowohl mit der Auslegung des Begriffs der häuslichen Gemeinschaft, als besonders mit der Frage zu beschäftigen haben, ob nach geltendem Rechte die Subsidiarität der Erbfolge des Bürgerlichen Gesetzbuches fortbestehe.

Fast alle Kommentare verneinen die Zulässigkeit des Eintretens bürgerlicher Erbfolge, so Düttmann-Seelmann, Laß-Weymann, Kobler entwickelt in dem schon genannten Aufsatz die nämliche Ansicht. Einen besonderen Standpunkt nimmt der Kommentar von Hanow-Rabeling insofern ein, als er die Zulässigkeit in Unfallsachen (§ 614) verneint, dagegen sie in Invalidensachen (§§ 1302, 1303) bejaht. Eine nähere Begründung für diesen Unterschied ist an beiden Stellen nicht gegeben. Kobler und die Kommentare beziehen sich für ihre Ansicht auf die Tatsache des Fortfalls der ausdrücklichen Vorschrift im § 41 Abs. 4 JVG. und auf den Wortlaut der Begründung des Entwurfs, aus dessen Bemerkung zu § 631 — jetzt

Digitized by Google

§ 614 — unzweideutig hervorgehe, daß der Anspruch auf Auszahlung der Rückstände fortfalle, wenn kein in häuslicher Gemeinschaft lebender Berechtigter vorhanden sei.

In diametralem Gegensatz zu dieser herrschenden Meinung bejaht Schäffer in seinem schon genannten Aufsatze die Subsidiarität der bürgerlichen Erbfolge auch für das geltende Recht und zerpflückt zunächst die Begründung der Reichsversicherungsordnung, die ihm ihres inneren Widerspruchs halber nicht geeignet erscheint eine so schwerwiegende Folgerung zu stützen. Er geht aber weiter und erhebt damit das Problem zu einem allgemeinerer Bedeutung, indem er die Ansicht vertritt, die in § 41 IVG. und §§ 614, 1302, 1303 RVO. festgesetzte „Bezugsberechtigung" sei kein besonderes Erbrecht, die im Schlußsatze des § 41 Abs. 4 IVG. betonte Subsidiarität der zivilrechtlichen Erbfolge sei damals ebenso selbstverständlich gewesen wie heute, jene Bestimmung des bisherigen Rechts also ein Superfluum mit nur deklaratorischer, nicht aber konstitutiver Wirkung. Daraus folge, daß das Fehlen einer ähnlichen Vorschrift in der Reichsversicherungsordnung nichts dafür beweise, daß die allgemeine Rechtsregel der Vererblichkeit fälliger Leistungen für das Geltungsgebiet der Reichsversicherungsordnung ausgeschaltet sei.

Wenn ich meinerseits die Ansicht Schäffers nicht zu teilen vermag, vielmehr trotz seiner Darlegungen an der Auffassung festhalte, daß die zivilrechtliche Erbfolge nach geltendem Recht auch subsidiär nicht mehr zulässig ist, so möchte ich den Hanow-Rabeling schen Kommentar gegenüber vorweg bemerken, daß meines Erachtens ein Unterschied zwischen den §§ 614, 1302, 1303 sich unmöglich konstruieren läßt. Dagegen spricht nicht nur der im wesentlichen übereinstimmende Wortlaut beider Vorschriften, sondern auch die Begründung, die ausdrücklich hervorhebt, daß die Vorschrift des (jetzigen) § 614 mit der des (jetzigen) §§ 1302, 1303 „in Uebereinstimmung" gebracht worden sei. Man kann also nur für beide Rechtsgebiete die Subsidiartät der zivilrechtlichen Erbfolge entweder bejahen oder verneinen. Außerdem möchte ich Kobler gegenüber in bezug auf § 203 RVO. hervorheben, daß ich Schäffer Recht geben muß, wenn er die Heranziehung dieses Paragraphen zum Beweise des Ausschlusses eines Erbrechtes für untunlich erklärt. Wie Kobler selbst betont, handelt es sich im Falle des § 203 um Sterbegeld, das seiner Natur nach nicht vererbt werden kann. Die hierfür maßgebenden Vorschriften können daher nicht zum Beweise für das Bestehen oder Nichtbestehen einer zivilrechtlichen Erbfolge verwertet werden.

Zur Erläuterung meines Standpunktes möchte ich mich zunächst der von Schäffer arg mitgenommenen Begründung zur Reichsversicherungsordnung annehmen, aus der mir denn doch jedenfalls soviel hervorzugehen scheint, daß der Gesetzgeber die Absicht hatte die zivilrechtliche Erbfolge auszuschließen. Schäffer bestreitet freilich auch dies. Indessen läßt der Satz der Begründnng zu § 631 (jetzt 614): „Ist kein . . . Bezugsberechtigter vorhanden, so fällt der Anspruch auf Nachzahlung fort" doch kaum eine andere Deutung zu. Auch der weitere Satz, daß die entsprechenden Bestimmungen des Unfall- und Invalidenrechts „in Uebereinstimmung gebracht" seien, zeigt doch mindestens den Willen des Gesetzgebers, für beide Rechtsgebiete einheitlich, d. h. im Sinne jenes Satzes der Begründung zu § 631 unter Ausschluß der zivilen Erbfolge, eine Regelung eintreten zu lassen.

Damit ist freilich noch nicht allzuviel gewonnen. Denn es bleibt der Beweis zu führen, daß jene Absicht des Gesetzgebers auch Gesetz geworden, im Gesetz zum Ausdruck gekommen ist. Auch dieses bestreitet Schäffer. Seine Begründung lautet: „Die Aenderung des ‚an erster Stelle' des § 41 IVG. in ‚nacheinander' in den einschlägigen Paragraphen der Reichsversicherungsordnung beweist nichts: sie war sprachlich bedingt durch die Ausdehnung des Bezugsrechts auf weitere Personenkreise und aus dieser Ausdehnung selbst folgt ebenfalls noch nicht der Ausschluß der Zivilerben bei Wegfall der Bezugsberechtigten."

Ich vermag hier nicht zu folgen. Die Sache liegt doch so: Nach Invalidenversicherungsgesetz war allein der in häuslicher Gemeinschaft lebende Ehegatte vorweg bezugsberechtigt, danach „trat die Erbfolge des bürgerlichen Rechtes ein". Aus praktischen Erwägungen, die teilweise auf irrigen Voraussetzungen beruht haben mögen — Schäffer verweist mit Recht auf die Gebühren- und Stempelfreiheit — hat der Entwurf den Personenkreis

Digitized by Google

erweitert; und zugleich den Schlußsatz des § 41 Abs. 4 JVG. gestrichen. Die Kommission hat zunächst bei § 631 (614), dann „in Konsequenz früherer Beschlüsse" bei §§ 1302, 1303 den Personenkreis nochmals erweitert (Geschwister), hat aber die Streichung des mehr genannten Satzes aufrechterhalten. Die Erweiterung des Personenkreises durch die Kommission ist verständlich nur unter der Voraussetzung, daß auch sie annahm, mit der Regelung der Bezugsberechtigung in der geschehenen Weise das zivile Erbrecht auszuschließen.

Der springende Punkt in Schäffers Beweisführung ist jedoch noch immer nicht widerlegt. Es handelt sich um die Frage, ob in den genannten Paragraphen der Reichsversicherungsordnung ein besonderes Erbrecht enthalten ist, ob durch Bejahung dieser Frage die allgemeine Rechtsregel von der Vererblichkeit fälliger Leistungen verletzt und eine Ausschaltung eben dieser Rechtsregel überhaupt möglich sei.

Schäffer verneint es, daß die Reichsversicherungsordnung ein besonderes Erbrecht eingeführt habe. Ich kann diese Auffassung nicht teilen. Die Entwicklung der einschlägigen Bestimmungen vom Invaliden- und Altersversicherungsgesetz, daß noch gar keine erbrechtlichen Vorschriften enthielt, über das Invalidenversicherungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung führt nach meiner Ansicht zwingend den Beweis, daß hier ein besonders geartetes Erbrecht nicht nur beabsichtigt, sondern auch eingeführt ist. Bejahe ich demnach die erste der gestellten Fragen, so halte ich damit jene allgemeine Rechtsregel nur teilweise für verletzt. Denn bei dem § 1303 und teilweise auch bei § 614 handelt es sich meines Erachtens nicht um fällige Leistungen. Vielmehr ist die Rechtslage hier so, daß die Fälligkeit abhängig ist von dem freiwilligen oder durch rechtskräftiges Urteil erzwungenen Anerkenntnis der Invalidität oder der auf Betriebsunfall zurückzuführenden Erwerbsunfähigkeit. Dieses Anerkenntnis fehlt in dem Falle des § 1303 zur Zeit des Todes. Man kann daher meines Erachtens hier nicht von einer im Augenblick des Todes bereits fälligen Leistung sprechen. Die Fälle des § 1303 werden nun aber mit denen des § 1302 in bezug auf das Erbrecht völlig gleich behandelt. Daraus ergibt sich meines Erachtens mit Sicherheit, daß die Reichsversicherungsordnung ein besonderes Erbrecht schaffen wollte. Dieses besondere Erbrecht versagt allerdings sonst zur Erbschaft Berufenen die Erbfolge und regelt die Berufung zur Erbschaft erheblich abweichend vom Zivilrecht. Ist dies zulässig? Ich meine ja! Die Reichsversicherungsordnung ist Reichsgesetz so gut wie das Bürgerliche Gesetzbuch, beide sind umfassende Kodifikationen und die Reichsversicherungsordnung ist Spezialgesetz! Schäffer leugnet auch nicht, wenn anders ich ihn recht verstehe, die Zulässigkeit eines solchen besonderen Erbrechts, er verlangt nur, um es hier für vorhanden anzusehen, deutlichere Vorschriften, als die gegebenen. Diese Forderung kann ich, wie sich aus dem bisherigen wohl ergeben dürfte, als berechtigt nicht anerkennen, bin vielmehr der Ansicht, daß das Gesetz so deutlich dieses besondere Erbrecht verordnet habe, wie es ohne die Aufnahme der Worte „besonderes Erbrecht" in den Gesetzestext nur möglich gewesen ist.

Erscheint Schäffers Beweisführung hiernach nicht als überzeugend genug, um die herrschende Meinung zu widerlegen so stimme ich Schäffers Ausführungen über die mißlichen praktischen Konsequenzen, die sich aus dem Wegfall der zivilen Erbfolge ergeben, in allen Punkten mit Nachdruck zu. Insbesondere erscheint der Hinweis auf die Unbilligkeiten berechtigt, die sich im Falle der Verwendung von Zusatzmarken ergeben müssen. Ferner halte ich in Konsequenz meiner Ansicht den Umstand, daß § 1303 die Waisenrente, wenn auch nur versehentlich, nicht erwähnt, nicht für genügend, um für Waisenrenten subsidiär das zivile Erbrecht eintreten zu lassen, bin vielmehr der Ansicht, daß hier eine Erbfolge überhaupt nicht eintreten kann. Die Härte liegt auch in diesem Fall auf der Hand. Einig mit Schäffer bin ich in dem Gedanken, daß gegenüber solchen praktischen Uebelständen je eher desto besser Abhilfe geschaffen werden muß. Aber während Schäffer glaubt, dieses Ziel durch richterliche Interpretation des Gesetzes erreichen zu können, halte ich eine Abänderung des Gesetzes für das einzig mögliche, aber auch gebotene Mittel.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Beamteneigenschaft von Kassenangestellten.

Erlaß des **preuß. Handelsministers, des Finanzministers und des Landwirtschaftsministers** vom 16. August 1913 (HMBl. S. 551).

Nach § 359 Abs. 4 RVO. können den im § 359 Abs. 1 a. a. O. bezeichneten Angestellten der Krankenkassen die Rechte und Pflichten von Beamten übertragen werden. Geschieht dies, so erhalten sie zwar Beamteneigenschaft, ohne jedoch damit zu Beamten im Dienste des Staates oder eines Gemeindeverbandes zu werden. Der § 27 des Gesetzes, betreffend die Pensionierung der unmittelbaren Staatsbeamten, in der Fassung vom 27. Mai 1907 findet daher bei der Anstellung von Personen mit Pensionsbezügen in den Dienst von Krankenkassen keine Anwendung.

Darüber, ob späterhin im Wege der Gesetzgebung der § 27 des Pensionsgesetzes durch einen entsprechenden Zusatz auch auf die Beamten der Krankenkassen ausgedehnt werden wird, bleibt die Entschließung noch vorbehalten.

Wahl der Kassenorgane.

Erlaß des **preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 23. August 1913 (HMBl. S. 551).

Zur Vermeidung von Mißverständnissen weise ich darauf hin, daß weder durch die Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 11. Juli d. J. (RGBl. S. 577), noch durch den Erlaß vom 22. Juli d. J. (HMBl. S. 529) die Eintragung von Wahlberechtigten, deren Wahlrecht ohne weiteres festgestellt werden kann, in die vom Versicherungsamt aufzustellenden Wählerlisten von Amts wegen ausgeschlossen ist. Dies wird nötigenfalls vom Königlichen Oberversicherungsamt auf Grund der ihm erteilten Ermächtigung zum Erlaß weiterer Ausführungsbestimmungen anzuordnen sein. In die Listen sind alle Personen einzutragen, die wahlberechtigt wären, wenn die neuen Kassen nicht erst mit Wirkung vom 1. Januar 1914, sondern im Zeitpunkte der Wahl ins Leben treten würden. Zur Feststellung der Wahlberechtigung werden die Mitgliederverzeichnisse der Träger der Krankenversicherung, deren Mitglieder vom 1. Januar 1914 ab der allgemeinen Ortskrankenkasse angehören werden, einen Anhalt bieten, doch ist die Aufstellung nicht auf diese Hilfsmittel beschränkt. So können, wenn dadurch eine Verzögerung der Wahl nicht eintritt, auch Erhebungen über die durch die Reichsversicherungsordnung der Versicherungspflicht neu unterstellten Personen, soweit sie nicht schon bisher statutarisch versicherungspflichtig waren, in Frage kommen. Dabei ist der Unterschied der Höchstverdienstgrenze in § 2b KVG. und in § 165 Abs. 2 RVO. zu beachten. Ferner ist bei der Aufstellung der Wählerlisten auf die Scheidung nach Berufsgruppen, die etwaige Abgrenzung nach Wahlbezirken (§ 334 Abs. 2 RVO., § 97 Abs. 11, 12 der Mustersatzung für die Ortskrankenkassen bei Ausschluß von Landkrankenkassen, § 79 Abs. 11, 12 der Mustersatzung für Ortskrankenkassen, in deren Bezirk eine Landkrankenkasse errichtet ist) und die Bildung örtlicher Stimmbezirke (§ 11 Abs. 4 Satz 2 der Musterwahlordnung) Rücksicht zu nehmen.

Es kann zweckmäßig sein, für den Bezirk aller oder einzelner Versicherungsämter die Anmeldung der neu in die Versicherung einbezogenen Personen durch den Arbeitgeber vorzuschreiben.

Zum Nachweise der Wahlberechtigung von Personen, die nicht in die Wählerlisten aufgenommen sind, werden insbesondere eine Bestätigung der Gemeinde- oder Ortspolizeibehörde oder einer Krankenkasse sowie eine mit dem Firmenstempel versehene oder behördlich beglaubigte Bescheinigung des Arbeitgebers, bei Dienstboten auch das Dienstbuch gelten können. Der Nachweis ist jedoch nicht auf diese Beweismittel zu beschränken, sondern dem freien Ermessen aller Mitglieder des Wahlvorstandes zu überlassen.

Weder im Falle des § 7 Ziff. 1 noch der Ziff. 2 KVG. kann die Kasse ihr Wahlrecht schon im voraus durch eine allgemeine statutarische Bestimmung ausüben.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 26. Februar 1912.

Die Ausübung des den Gemeindekrankenversicherungen in § 7 KVG. zugestandenen Wahlrechts ist nach seinem Inhalte einer statutarischen Festlegung nicht zugänglich, da die Ausübung dieses Rechts naturgemäß dem einzelnen Unterstützungsfalle nicht vorausgehen kann, denn erst nach Eintritt eines Unterstützungsfalls ist die Verwaltung der betreffenden Versicherungseinrichtung in der Lage, die Gründe abzuwägen, die sie veranlassen können, sich für oder gegen die Einweisung der Erkrankten in ein Krankenhaus zu entscheiden.

Digitized by Google

Zuzugeben ist allerdings, daß die Ausübung des Wahlrechts in den Fällen des § 7 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. von der Würdigung der im jeweiligen Erkrankungsfalle gegebenen individuellen Verhältnisse regelmäßig erheblich weniger abhängig sein wird, als in den Fällen der Ziff. 1 daselbst, wie denn auch nur im Falle der Ziff. 1, nicht auch im Falle der Ziff. 2 die Ausübung des Wahlrechts im Sinne einer Einweisung in Krankenhauspflege begründet zu werden braucht (vgl. Entsch. des Verwaltungsgerichtshofs, Bd. 29 S. 216). Immerhin aber kann auch bei Erkrankungen von unverheirateten Versicherten, selbst wenn sie nicht im Familienverbande leben, die Frage sehr wohl einer genaueren Prüfung bedürfen, ob nicht die Gewährung ärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses dem Interesse des Versicherten sowie jenem der Krankenkasse besser entspricht als die Erfüllung der gesetzlichen Unterstützungsansprüche in Form der Einweisung in Krankenhausbehandlung.

Allerdings steht dem unverheirateten und nicht im Familienverbande lebenden Versicherten kein Rechtsanspruch darauf zu, daß er in einem (für Krankenhauspflege überhaupt geeigneten Erkrankungsfalle) die gesetzliche Krankenunterstützung außerhalb des Krankenhauses gewährt erhalte, allein auch ein Versicherter dieser Kategorie kann beanspruchen, daß die Entscheidung darüber, ob von ihm im Erkrankungsfalle Eintritt in Krankenhausbehandlung gefordert werden soll, unter Würdigung der im Einzelfalle gegebenen Verhältnisse erfolgt (vgl. hierher insbesondere Hahn in Arb.-Versorgg. Bd. 27 S. 166 Spalte 1). Dafür aber, daß das für Beschlußfassungen der Krankenversicherungseinrichtungen nach Maßgabe des § 7 KVG. einzuhaltende Verfahren sich verschieden gestalten dürfe, je nachdem Einweisungsfälle nach Ziff. 1 oder solche nach Ziff. 2 in Frage kommen, gebricht es an jedem genügenden gesetzlichen Anhaltungspunkte.

(Breithaupt II S. 260.)

Hamburgische Bekanntmachung betreffend die Durchführung der Krankenversicherung unständig Beschäftigter[1]). Vom 18. Juni 1913.

Auf Grund des § 458 RVO. wird zur Durchführung der Krankenversicherung der unständig Beschäftigten, d. h. derjenigen Personen, deren Beschäftigung auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist, für die Stadt Hamburg und das Gebiet der Landesherrenschaften der Geest- und der Marschlande folgendes bestimmt:

§ 1. Die unständig Beschäftigten, welche nicht nach § 168 RVO. versicherungsfrei sind, haben sich selbst bei der für die Ortskrankenkassen errichteten gemeinsamen Meldestelle behufs Eintragung in das Mitgliederverzeichnis der allgemeinen Ortskrankenkasse in Hamburg unter Vorlage des polizeilichen Anmeldescheines anzumelden, wenn sie in dem die Bezirke der Stadt Hamburg und der Landesherrenschaften der Geest- und Marschlande umfassenden Bezirk der Kasse wohnen.

Versicherte, welche Mitglieder einer anderen Ortskrankenkasse oder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder der hamburgischen Dienstbotenkrankenkassen geworden sind, oder ihren Wohnort in dem Kassenbezirk aufgegeben haben, oder die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgegeben haben, haben sich zur Löschung in dem Mitgliederverzeichnisse selbst bei der gemeinsamen Meldestelle unter Rückgabe der Karte abzumelden.

§ 2. Die Beiträge werden von den Versicherten, ihren Arbeitgebern und dem Gemeindeverband in der Weise aufgebracht, daß der Versicherte zwei Drittel des Beitrages für volle Kalenderwochen, der Arbeitgeber ein Drittel des Beitrages für jeden Tag der Beschäftigung und der Gemeindeverband ein Drittel des Beitrages für diejenige Zeit entrichtet, während welcher der Versicherte vorübergehend ohne Beschäftigung war.

§ 3. Zur Erhebung der Beiträge gibt die allgemeine Ortskrankenkasse von der Reichsdruckerei hergestellte Marken aus, und zwar für die Beiträge der Versicherten Wochenmarken und für die Beiträge der Arbeitgeber Tagesmarken. Die Marken müssen den Geldwert erkennen lassen; ihre Unterscheidungsmerkmale bestimmt im übrigen die Behörde für das Versicherungswesen.

§ 4. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber entrichten ihre Beitragsteile durch Einkleben von Beitragsmarken in Ausweiskarten der Versicherten.

Die Ausweiskarten enthalten auf der ersten Seite einen Vermerk darüber, für welchen Zeitraum sie gültig sind. Die übrige Einrichtung bestimmt die Behörde für das Versicherungswesen. Die Versicherten haben sich die Ausweiskarte ausstellen zu lassen und im Laufe der Monate April, Juli, Oktober und Januar bei der Ausgabestelle zum Umtausch einzureichen. Sie können im übrigen gegen Entrichtung von 10 Pfg. stets eine neue Karte gegen Rückgabe der alten verlangen.

Die Kosten der Herstellung, der Ausstellung

[1]) Nach § 458 RVO. kann die Landesregierung Meldung und Beitragsleistung für die unständig Beschäftigten abweichend von den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung regeln. Dies geschieht in den hamburgischen Bestimmungen zum Teil in so eigenartiger Weise, daß wir ein allgemeineres Interesse davon voraussetzen dürfen.

Digitized by Google

und des Umtausches der Karten sind der Behörde für das Versicherungswesen von der Kasse zu erstatten.

§ 5. Der Versicherte hat, sofern nicht auf seinen Antrag wegen seiner Mitgliedschaft zu einer Ersatzkasse seine Rechte und Pflichten als Mitglied der Ortskrankenkasse ruhen, seinen Beitragsteil für die laufende, mit dem Montag beginnende Beitragswoche am ersten Tage derselben dadurch zu entrichten, daß er in das betreffende Markenfeld seiner Ausweiskarte eine Wochenmarke der betreffenden Lohnstufe einklebt und in der Weise entwertet, daß er auf der Marke handschriftlich das Datum in Ziffern, z. B. für den 5. Januar 1914 „5. 1. 14" deutlich angibt. Zur Entwertung ist Tinte oder Tintenstift zu verwenden.

Wird dieser Verpflichtung nicht genügt, so hat derjenige Arbeitgeber, welcher den Versicherten in der Woche zuerst beschäftigt, für letzteren die Wochenmarke in das entsprechende Markenfeld einzukleben und in der vorgeschriebenen Weise zu entwerten. Der Arbeitgeber ist berechtigt, den verauslagten Betrag bei der Lohnzahlung vom Lohne zu kürzen.

Im übrigen haben die Arbeitgeber ihren unständig Beschäftigten, und zwar auch solchen, deren Rechte und Pflichten als Mitglieder der Ortskrankenkasse infolge ihrer Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse ihrem Antrage gemäß ruhen, am Schlusse der Beschäftigung für jeden Tag an welchem die Beschäftigung stattgefunden, eine Beitragsmarke (Tagesmarke) der entsprechenden Lohnstufe in das dem Beschäftigungstag entsprechende Markenfeld der Ausweiskarte einzukleben und in der im Abs. 1 vorgeschriebenen Weise zu entwerten.

§ 6. Hat der Versicherte keine Ausweiskarte oder ist die Ausweiskarte ungültig, oder weigert er sich, sie dem Arbeitgeber vorzulegen, so kann dieser sie beschaffen und die Kosten bei der Lohnzahlung einbehalten.

§ 7. Die Karten, die nicht innerhalb eines Monats nach Schluß des Kalendervierteljahrs bei der Behörde für das Versicherungswesen eingereicht sind, hat die Behörde von den Versicherten einziehen zu lassen.

Auf Grund der eingereichten und eingezogenen sowie der im Laufe des Vierteljahrs bei Abmeldungen zurückgegebenen Karten stellt die Behörde für das Versicherungswesen gemeinschaftlich mit der Kasse fest, für welche Zeiten keine Arbeitgebermarken eingeklebt sind. Es ist dabei, soweit möglich, zu prüfen, ob Arbeitgeber rechtswidrig das Kleben von Marken unterlassen haben, und es sind die säumigen Arbeitgeber zur nachträglichen Zahlung der Beiträge anzuhalten. Der Wert der dann noch fehlenden Arbeitgeberbeiträge ist von der Behörde für das Versicherungswesen der Kasse zu überweisen.

§ 8. Wenn die Einziehung einer abgelaufenen Karte nicht gelingt, oder wenn eine laufende Karte verloren geht oder zerstört wird (und der Versicherte nicht imstande ist, die Verwendung von Marken anderweit nachzuweisen) wird angenommen, daß der Versicherte in dem betreffenden Zeitraume keine Beitragsteile geleistet hat (§ 452). Verlorene, unbrauchbar gewordene oder zerstörte Ausweiskarten werden durch neue ersetzt. Nachweisbare Beiträge werden beglaubigt übertragen.

§ 9. Die Karte darf nur die behördlich vorgeschriebenen Angaben enthalten und keine besonderen Merkmale tragen; vor allem darf aus ihr nichts über Führung oder Leistungen des Inhabers zu entnehmen sein. Karten, die dagegen verstoßen, hat jede Behörde, der sie zugehen, einzubehalten und der Ausgabestelle der Behörde für das Versicherungswesen zu übersenden.

Niemand darf eine Ausweiskarte wider den Willen des Inhabers zurückbehalten. Dies gilt nicht für die Ausgabestelle, wenn sie die Karten zwecks Umtausch, Erneuerung oder Beitragsüberwachung zurückbehält.

§ 10. Arbeitgeber, die es entgegen den Vorschriften des § 5 Abs. 2 und 3 unterlassen, die richtigen Marken rechtzeitig zu verwenden oder zu entwerten, oder welche den Vorschriften des § 11 zuwiderhandeln, sowie Versicherte, welche sich weigern, sich eine Ausweiskarte ausstellen zu lassen oder dem Arbeitgeber vorzulegen, oder welche sie nicht rechtzeitig zum Umtausch einreichen, oder welche der Verpflichtung zur Entrichtung und Entwertung von Beitragsmarken (§ 5 Abs. 1) zuwiderhandeln, können mit Geldstrafen bis zu 20 M. bestraft werden.

Diese Strafen verhängt das Versicherungsamt. Auf die innerhalb eines Monats einzureichende Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig.

§ 11. Im übrigen gelten für die Versicherung der unständig Beschäftigten die Bestimmung der §§ 441 bis 452, 456 bis 457 GVO.

§ 12. Die Behörde für das Versicherungswesen kann gestatten, daß die Beiträge statt durch Markenverwendung auf Grund von Listen entrichtet werden, die der Arbeitgeber oder dessen Beauftragter der Ausgabestelle einzureichen hat. Die Vordrucke zu diesen Listen und die Zeiträume, für welche sie aufzustellen und einzureichen sind, sowie die Fristen, innerhalb derer die Beiträge zu entrichten sind, bestimmt die Behörde für das Versicherungswesen.

Digitized by Google

B. Zur Unfallversicherung.

Höhe der Unfallrente bei Verlust der rechten Hand.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Juni 1913 (Ia 11140/12).

Der Zustand der rechten Hand des Verletzten ist nicht ungünstiger, als wenn er die Hand ganz verloren hätte. Die Einbuße, die er an seiner Erwerbsfähigkeit durch die Unfallfolgen erleidet, ist jetzt, nachdem Gewöhnung eingetreten ist, so zu bewerten, wie bei völligem Verlust der rechten Hand, nämlich auf $66^2/_3\,\%$ der völligen Erwerbsunfähigkeit. Wenn die Berufsgenossenschaft in der Rekursschrift anführt, das Reichsversicherungsamt habe für den Verlust der rechten Hand Sätze von 50 bis $60\,\%$ für angemessen erachtet, so berücksichtigt sie nicht, daß dies nur Ausnahmefälle waren, wo z. B. ganz besonders günstige Lohnverhältnisse nach dem Unfalle dafür sprachen, daß die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit eine erheblich geringere war, als sie sonst in der Regel angenommen wird. Solche Umstände sind im vorliegenden Falle nicht gegeben, insbesondere sind die Lohnverhältnisse des Verletzten keineswegs günstig zu nennen. Der Antrag der Berufsgenossenschaft, die Teilrente, auf eine solche von $60\,\%$ herabzusetzen, geht daher zu weit, dagegen ist eine Herabsetzung auf $66^2/_3\,\%$ gerechtfertigt.

Viehhaltung als selbständiger landwirtschaftlicher Betrieb.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 25. April 1913.

Den Ausführungen des Oberversicherungsamts in der angefochtenen Entscheidung war insofern beizutreten, als sich die gesetzliche Versicherung der Klägerin zur Zeit des Unfalls vom 25. November 1911 in der Tat nur darauf stützen läßt, daß der Viehhaltungsbetrieb des Ehemannes der Klägerin als selbständiger versicherter landwirtschaftlicher Betrieb zu gelten hat. Denn die geringfügige Bodenbewirtschaftung der Eheleute H., zu der die Viehhaltung natürlich tatsächlich in Beziehung gestanden hat, scheidet rechtlich hier zunächst aus, weil sie als sogenanntes Deputatland nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts dem Betriebe des Hauptgutes zuzurechnen ist. Wenn die Vorinstanz aber weiter die Ansicht vertritt, daß dieser Viehhaltungsbetrieb zu klein sei, um im gegebenen Fall als landwirtschaftlicher Betrieb im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft gelten zu können, so hat ihr hierin das Rekursgericht nicht zuzustimmen vermocht. Nach den angestellten Ermittelungen hielt der Ehemann der Klägerin zur Zeit des Unfalls vom 25. November 1911 eine Ziege, zwei Schafe und fünf Schweine (zwei große und drei kleine). Ein solcher Viehstand kann, zumal bei billiger Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen Verhältnisse der Klägerin und ihres Ehemannes nicht mehr als ein unbedeutender angesehen werden, um so weniger, als er den Bedarf der H.'schen Hauswirtschaft unzweifelhaft ganz erheblich übersteigt und immerhin tatsächlich zu einer Bodenbewirtschaftung in Beziehung steht. Auch das darf für die Frage, ob hier eine sozusagen rein hauswirtschaftliche Viehhaltung vorliegt oder ein landwirtschaftlicher Betrieb, nicht außer Betracht bleiben, daß sich diese Viehhaltung und die ganze Lebenshaltung der Eheleute H. in rein landwirtschaftlichen Verhältnissen abspielt. Schon aus diesem Grunde ist der Fall anders zu beurteilen, als wenn beispielsweise ein gewerblicher Arbeiter (Fabrik-, Bergarbeiter) auf dem Hofe seiner Wohnstätte für den Hausbedarf ein paar Hühner hält und ein Schwein fett macht.

Das Reichsversicherungsamt hat deshalb die Frage, ob die Viehhaltung des Ehemannes der Klägerin als versichert zu gelten hat, jedenfalls am 25. November 1911 zu gelten hatte, bejaht und demgemäß auch anerkannt, daß die Klägerin zur fraglichen Zeit als Ehefrau des versicherten Betriebsunternehmers mitversichert gewesen ist.

Annahme der Anpassung und Gewöhnung auf Grund allgemeiner Erfahrungen ohne Nachprüfung des Befundes durch ärztliche Begutachtung.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 25. April 1913.

Nach ihren Ausführungen in der Rekursinstanz glaubt die Klägerin offenbar, auf die Dauer eine Entschädigung wegen der Folgen des Unfalls vom 28. Dezember 1910 beanspruchen zu können. Das hat das Reichsversicherungsamt indessen nicht anerkannt. Die Unfallfolgen haben schon beim Abschluß des Heilverfahrens die Erwerbsfähigkeit der Verletzten nur in mäßigem Grade beeinträchtigt. Der Zustand des beschädigten rechten Mittelfingers ist insofern günstig, als das Grundgelenk beweglich ist und der Finger infolgedessen der Hohlhand genähert werden kann. Um so mehr darf damit gerechnet werden, daß nach eingetretener Gewöhnung an den Zustand des im zweiten und dritten Ge-

Digitized by Google

lenk aktiv nicht beweglichen Fingers eine meßbare Beschränkung der Erwerbsfähigkeit, die sich im wirtschaftlichen Leben fühlbar macht, nicht mehr vorhanden ist. Die Klägerin legt der Gewöhnung eine zu geringe Bedeutung bei. Die Erfahrung hat gelehrt, daß der Verletzte sich an Fingerschäden, die viel erheblicher sind, als der hier vorliegende, in einem Maße gewöhnen kann, daß sie ihn bei der Arbeit überhaupt nicht mehr stören und ihn nicht hindern, den Lohn unverletzter gleichartiger Arbeiter zu erzielen. Die Klägerin befindet sich noch in anpassungsfähigem Alter. Sie hat nach eigener Angabe reichlich Gelegenheit zur Betätigung und macht davon auch in weitestem Umfange Gebrauch. Die Vorbedingungen für die Gewöhnung sind also gegeben; es fragte sich deshalb für das Reichsversicherungsamt nur, von welchem Zeitpunkt ab mit dem Eintritt ausreichender Gewöhnung bei der Klägerin zu rechnen ist. Die Vorinstanzen haben nach der Überzeugung des Rekursgerichts einen zu frühen Zeitpunkt angenommen. Zur Zeit des Rentenaufhebungsbescheids war kaum ein Jahr seit dem Unfalle vergangen. So schnell wird sich die Klägerin an den beschädigten Finger nicht gewöhnt haben. Seitdem sind aber weitere 16 Monate verflossen, und das Reichsversicherungsamt ist überzeugt, daß jetzt unbedenklich mit erfolgter Anpassung an den Handschaden gerechnet werden darf. Deshalb hat das Rekursgericht den Anspruch der Klägerin auf Weitergewährung einer Rente für die Zeit nach dem 31. März 1913 nicht als gerechtfertigt angesehen, wohl aber ihr die bisherige Rente bis zu diesem Tage zugesprochen. Demgemäß ist die Entscheidung des Schiedsgerichts aufgehoben und der Bescheid der Beklagten abgeändert worden.

(Breithaupt.)

Die Unfallversicherung erstreckt sich auf den Empfang des Lohnes auch für Dienste neben der Betriebstätigkeit.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 10. April 1913.

Nach dem Ergebnisse der Beweisaufnahme hat das Rekursgericht im wesentlichen denselben Sachverhalt für erwiesen gehalten, den das Schiedsgericht der Beurteilung des Falls zugrunde gelegt hat. Der Kläger hatte für den Obersteiger und Betriebsführer H. seinen Vorgesetzten, Korn zur Mühle gefahren und dafür von ihm die Erlaubnis erhalten, sich aus seinem Garten Gemüse zu holen. Beim Abschneiden eines Kohlkopfes hat er sich mit dem Messer das Knie verletzt. Bei dieser Sachlage ist der Entschädigungsanspruch des Klägers auf Grund des § 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes begründet, wonach sich die Versicherung auf häusliche und andere Dienste erstreckt, zu denen versicherungspflichtige Personen neben der Beschäftigung im Betriebe von ihren Arbeitgebern oder deren Beauftragten herangezogen werden. Das Reichsversicherungsamt hat bereits ausgesprochen, daß sich diese Vorschrift nicht nur auf solche häuslichen und anderen Dienste bezieht, welche dem Vorteil des Arbeitgebers dienen, sondern auch auf solche, welche dem Beauftragten des Arbeitgebers zum Vorteil gereichen (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 225 Anm. 6 c zu § 3 GUVG. und Rekursentsch. 2536. Amtl. Nachr. 1912 S. 718). Danach war der Kläger versichert, als er den Auftrag des Obersteigers ausführte und den Roggen zur Mühle brachte. Er ist jedoch nicht bei dem Dienste selbst, sondern bei dem Empfange des Lohns dafür verunglückt. Sind aber solche Dienste vom Gesetz der Beschäftigung im Betriebe gleichgestellt, so muß dies auch für den Lohnempfang gelten. Wie der Empfang des Lohns für die Betriebsarbeit in der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts der Beschäftigung im versicherten Betrieb als deren Abschluß und Folge zugerechnet wird (zu vgl. Handb. a. a. O. S. 108 Anm. 50 zu § 1 GUVG.), so ist dementsprechend auch bei Diensten neben der Beschäftigung im Betriebe der Lohnempfang als versichert anzusehen. Der Anspruch des Klägers auf Entschädigung ist daher gerechtfertigt.

Ist der Baustellenverkäufer als Bauherr oder Unternehmer eines Regiebaues anzusehen?

Entscheidung des **Bayr. Landesversicherungsamts** vom 5. Juni 1912.

Es ist zwar richtig und vom Kgl. Landesversicherungsamt schon in der grundlegenden Entscheidung Nr. 868 (Mitteilungen 1902 S. 13 ff.) besonders betont worden, daß bei der Beurteilung der Stellung der Baustellenhändler (der Frage, ob sie als Bauherrn anzusehen sind), nicht sowohl die zivilrechtliche, als vielmehr die wirtschaftliche Seite der Sache in den Vordergrund der Erwägungen tritt. Dagegen hat das Kgl. Landesversicherungsamt die Unterfrage, ob die Spekulanten als Bauherren oder selbst als Unternehmer anzusehen seien, in Uebereinstimmung mit dem Reichsversicherungsamte dahin beantwortet, daß die Baustellenverkäufer in der Regel als Bauherren im Sinne des § 29 BUVG. erachtet werden sollen Mitteilungen a. a. O. S. 14). Mit dem Reichsversicherungsamt (vgl. Bescheid 2502, Amtl. Nachr. 1911 S. 489) ist das Kgl. Landesversicherungsamt der Ansicht, daß auch den vermögenslosen Baustellenkäufern die Stellung von Unternehmern im Sinne des § 5 Ziff. 2 BUVG. in der Regel

Digitized by Google

nicht abgesprochen werden soll. Es lassen sich allerdings Ausnahmefälle denken, in denen der Baustellenverkäufer die gesamte, sonst dem Unternehmer vorbehaltene Tätigkeit ausübt, während der zivilrechtliche Eigentümer lediglich seinen Namen hergibt, mit dem Bau selbst dagegen in keiner Weise befaßt ist. In Fällen dieser Art kann sofort auf den Baustellenverkäufer als Unternehmer zurückgegriffen werden. Ein solcher Fall liegt aber hier nicht vor. Die als Unternehmer belangten Eheleute H. hatten mit der Ausführung des Baues selbst gar nichts zu tun. Die Einstellung, die Bezahlung, die Entlassung der Arbeiter, die Vergebung der Lieferungen und Arbeiten und die Baugeldbeschaffung wurde von einem gewissen K., der auch als Unternehmer nach außen hin auftrat, allein besorgt. Auch das Kgl. Landesversicherungsamt erachtet im Anschlusse an seine bisherige Rechtsprechung den K. als Unternehmer. Daß die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes und des Kgl. Landesversicherungsamtes der Rekursklägerin, d. i. der Versicherungsanstalt (Zweiganstalt) der Bayerischen Baugewerksberufsgenossenschaft, Nachteile bringe, kann nicht zugegeben werden. Es sei in dieser Hinsicht lediglich auf die Ausführungen des Bescheids 2502 (Amtl. Nachr. 1911 S. 489) verwiesen. Es hätte der Versicherungsanstalt frei gestanden, das ursprünglich von ihr eingeschlagene Verfahren weiter zu verfolgen und fristgerecht, nachdem die Prämien gegenüber dem Unternehmer K. rechtskräftig festgestellt waren, die Entscheidung des Kgl. Landesversicherungsamtes gegen die Eheleute H. gemäß § 29 BUVG. herbeizuführen. Eine solche Klage hätte hier sicher Erfolg gehabt.

(Breithaupt II S. 277).

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

(L.) **Wirkung eines Anerkenntnisses der Versicherungspflicht durch den Kontrollbeamten einer Versicherungsanstalt; Voraussetzungen für die Unwirksamkeit des Anerkenntnisses.**

Revisionsentscheidung des **Großen Senats des Reichsversicherungsamts** vom 14. Juni 1913. — II a. 3190/12 —

Der Kläger, welcher im eigenen Hause einen kleinen Handel mit Material- und Kurzwaren betrieb, bezog von dem Molkereibesitzer L. in J. Butter zum Weiterverkauf. L. lieferte die vom Kläger bestellte Ware in ihm gehörigen Kisten bis zum Bahnhof auf seine Kosten. Der Kläger nahm die Butter dort in Empfang und brachte sie auf eigene Kosten nach B, wo er sie vertrieb. Dort hatte er seinen eigenen Kundenkreis, den L. nicht einmal kannte. Er war gehalten, die von L. bezogene Butter nur mit einem Aufschlag von 10 Pf. für das Pfund weiter zu verkaufen. Sonst war er in keiner Weise gebunden. Er konnte die Butter verkaufen, wie und an wen er wollte, und wurde von L. in seiner Verkaufstätigkeit nicht beaufsichtigt. Butter, die er in B. nicht verkaufte, pflegte er in seinem eigenen Laden zum Verkauf zu stellen.

Der Antrag des Klägers auf Gewährung von Invalidenrente wurde von der Landesversicherungsanstalt und vom Schiedsgericht abgewiesen, da Versicherungspflicht nicht vorliege.

Der mit der Sache zunächst befaßte Senat des Reichsversicherungsamts teilte die Auffassung des Schiedsgerichts, daß zwischen dem Kläger und dem Molkereibesitzer L. ein die Versicherungspflicht begründendes Arbeits- oder Dienstverhältnis nicht bestanden habe. Er nahm alsdann zu der vom Schiedsgericht nicht erörterten Frage Stellung, ob und inwieweit die Versicherungsanstalt ein von dem Kontrollbeamten etwa abgegebenes Anerkenntnis der Versicherungspflicht des Klägers gegen sich gelten lassen müsse. In dieser Beziehung wollte der Senat eine Haftung der Versicherungsanstalt nur annehmen, wenn nachgewiesen würde, daß der Vorstand der Versicherungsanstalt den Kontrollbeamten zur Abgabe eines solchen Anerkenntnisses ermächtigt oder das ohne solche Ermächtigung abgegebene Anerkenntnis nachträglich genehmigt hätte. Mit dieser Auffassung glaubte der Senat aber von den Revisionsentscheidungen 1670, 1671 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1913 S. 358, 360) abzuweichen und verwies daher die Sache an den großen Senat, der die Sache mit folgender Begründung an das Oberversicherungsamt zurückverwies:

Auf Grund der einwandfreien tatsächlichen Feststellungen konnte das Schiedsgericht unbedenklich zu der Annahme gelangen, daß das Beschäftigungsverhältnis, in dem der Kläger zu dem Molkereibesitzer L. stand, seine Versicherungspflicht nicht begründet hat. Denn nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts setzt ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis wirtschaftliche und persönliche Abhängigkeit von einem Arbeitgeber voraus (vgl. Ziff. 62 der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 26. April 1912 über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 720 ff.). Der Kläger war aber von L. wirtschaftlich jedenfalls in hohem Maße und persönlich völlig unabhängig. Da sämtliche für den Kläger geleisteten Beiträge in der irrtümlichen Annahme entrichtet sind, daß das vorerwähnte Beschäftigungsverhältnis die Versicherungspflicht begründe, so sind sie als Pflichtbeiträge nach materiellem Versicherungsrecht ungültig. Aber auch als freiwillige Beiträge können sie nicht gelten, weil zurzeit ihrer Entrichtung weder das Recht zur Selbstversicherung noch das Recht zur Weiterversicherung bestanden hat (§ 1446

Digitized by Google

RVO.). Das Recht zur Selbstversicherung bestand nicht, weil der Kläger bei Beginn der Markenverwendung das vierzigste Lebensjahr bereits überschritten hatte (§ 1243 a. a. O.). Ebensowenig das Recht der Weiterversicherung, weil der Kläger niemals in einem versicherungspflichtigen Verhältnisse gestanden hat (§ 1244 a. a. O.).

Nun hat aber der Molkereibesitzer L. bei seiner Vernehmung vor der Polizeiverwaltung erklärt: „Die Veranlassung zur Versicherung habe ich gegeben, da mir von seiten des Kontrollbeamten gesagt wurde, die Butterboten seien versicherungspflichtig." Auf diese Erklärung ist das Schiedsgericht ohne Angabe von Gründen nicht eingegangen. Unbeachtlich wäre sie allerdings dann, wenn sie nur bedeutete, daß L. sich im allgemeinen über die Versicherungspflicht von Butterboten bei dem Kontrollbeamten erkundigt und von diesem eine ebenso allgemeine Auskunft erhalten hat. Denn ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung kann die ihm im § 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO. beigelegte Rechtswirkung, wenn überhaupt, so nur dann haben, wenn es sich auf das einzelne Beschäftigungsverhältnis einer bestimmt bezeichneten Person bezieht. Anderenfalls würde das formlose Anerkenntnis des § 1445 Abs. 2 Satz 2 a. a. O. eine weitergehende Tragweite haben, als die immer nur ein einzelnes Beschäftigungsverhältnis zu einem bestimmten Arbeitgeber treffenden Entscheidungen in dem förmlichen Verfahren des § 1459 a. a. O. (vgl. Entscheidung 1144, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1904 S. 501). Die Umstände des vorliegenden Falls lassen es aber nicht von vornherein als ausgeschlossen erscheinen, daß der Kontrollbeamte ein Anerkenntnis in dem eben erörterten engeren Sinne abgegeben habe. In dieser Beziehung kommt namentlich in Betracht, daß L. sich nach seiner Bekundung veranlaßt gesehen hat, auf Grund der Erklärung des Kontrollbeamten für zwei Jahre rückwärts Beitragsmarken für den Kläger zu verwenden. Hiernach hatte der Große Senat, um beurteilen zu können, ob das Schiedsgericht zu weiterer Sachaufklärung verpflichtet gewesen wäre, auch zu prüfen, ob und unter welchen Umständen das von einem Kontrollbeamten abgegebene Anerkenntnis der Versicherungspflicht die Versicherungsanstalt überhaupt bindet.

Es ist davon auszugehen, daß die Vertretung der Versicherungsanstalt ihren Organen obliegt, das heißt Personen oder Personenmehrheiten, die vermöge ihrer Stellung im Anstaltsgefüge dazu berufen sind, den Willen der Anstalt zu bilden und zu äußern (vgl. Rosin, das Recht der Arbeiterversicherung, Bd. 1 S. 695 Anm. 41 sowie Begründung zur Reichsversicherungsordnung S. 36). Das Hauptorgan der Versicherungsanstalt ist der Vorstand. Seine Stellung ist ähnlich geordnet wie diejenige des Vereinsvorstandes nach §§ 26 ff. BGB. (vgl. Begr. a. a. O.). Er hat die Stellung eines gesetzlichen Vertreters (§ 5 Abs. 1 RVO.) und verwaltet die Anstalt, soweit Gesetz oder Satzung nichts anderes bestimmen (§ 1342 a. a. O.). Andere Organe sind zur Vertretung der Anstalt nur soweit berufen, als Gesetz oder Satzung es vorschreiben. Wer nicht zu den Organen der Anstalt gehört, kann sie aus eigenem Recht nicht vertreten. Der Kontrollbeamte ist nicht Organ der Versicherungsanstalt, sondern Beauftragter ihres Vorstandes (§ 1466 Abs. 1 Satz 1 a. a. O.; vgl. auch Entscheidung 1434, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1909 S. 588). Er vertritt den Vorstand nach Maßgabe des ihm von diesem erteilten Auftrags. In der Bestellung zum Kontrollbeamten liegt an sich nur der Auftrag zur Ueberwachung der richtigen und vollständigen Beitragsentrichtung. Handlungen, die der Kontrollbeamte im Rahmen dieser Tätigkeit vornimmt, muß die Versicherungsanstalt ohne weiteres gegen sich gelten lassen. Mit Recht ist deshalb in der Revisionsentscheidung 921 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1901 S. 534) angenommen worden, daß die von einem Kontrollbeamten gegenüber einem Arbeitgeber erlassene förmliche Aufforderung zur Entrichtung rückständiger Beiträge als Einleitung einer Beitreibung im Sinne des § 168 IVG. (jetzt § 28 RVO.) zu gelten habe und die Verjährung der Rückstände unterbreche. Zu beachten ist daher, daß die Ueberwachungstätigkeit des Kontrollbeamten an sich nur den Zweck hat, der Versicherungsanstalt diejenigen Beiträge zuzuführen, auf die sie einen nach materiellem Versicherungsrechte begründeten Anspruch hat. Darüber hinaus erwachsen dem Kontrollbeamten aus seiner Ueberwachungstätigkeit keine Befugnisse. Insbesondere steht ihm nicht ohne weiteres das Recht zu, über die Pflicht oder die Berechtigung zur Beitragsentrichtung eine entscheidende oder die Versicherungsanstalt sonst bindende Erklärung abzugeben (vgl. Entscheidung 958, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1902 S. 288). Hiernach ist der Kontrollbeamte als solcher nicht befugt, namens der Versicherungsanstalt ein Anerkenntnis gemäß § 1445 Abs. 2 RVO. abzugeben. Auch aus der Entstehungsgeschichte des § 1445 Abs. 2 a. a. O., insbesondere aus den Verhandlungen der Reichstagskommission (Kommissionsbericht IV. Teil S. 192 ff.) läßt sich eine andere Auffassung nicht rechtfertigen.

Der Vorstand der Versicherungsanstalt ist indessen nicht gehindert, dem Kontrollbeamten allgemein, insbesondere durch die Dienstanweisung oder von Fall zu Fall auch andere, außerhalb des Rahmens der eigentlichen Ueberwachungstätigkeit

Digitized by Google

liegende Aufträge zu erteilen, wie er überhaupt das Recht hat, sich Dritten gegenüber bei einzelnen Rechtsgeschäften oder bei Gruppen von Rechtsgeschäften durch andere, außerhalb des Vorstandes stehende Personen vertreten zu lassen (vgl. Begründung zur Reichsversicherungsordnung S. 36). Die Rechtswirkungen einer solchen Stellvertretung sind mangels besonderer Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches zu beurteilen, die ganz allgemein auf die Stellvertretung der Vorstände juristischer Personen Anwendung finden (vgl. Staudinger, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, 5/6. Aufl. Anm. 11 zu § 26 und Anm. 1 zu § 30, Bd. I S. 163 und 173). Nach § 164 BGB. gilt der Grundsatz der unmittelbaren Stellvertretung. Daraus folgt, daß der Vorstand der Versicherungsanstalt alle Handlungen oder Erklärungen, zu denen er seinen Kontrollbeamten ermächtigt hat, in demselben Umfang gegen sich gelten lassen muß, wie seine eigenen Handlungen und Erklärungen. Das gilt auch von Anerkenntnissen der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung, zu denen er den Kontrollbeamten ermächtigt hat.

Für eine Vollmacht besteht allerdings keine Vermutung (vgl. Staudinger, a. a. O. Anm. 6 zu § 167 BGB. Bd. I S. 571). Ist der Nachweis einer Vollmacht nicht zu erbringen, so gereicht dies daher demjenigen zum Nachteil, der sich auf die Vollmacht beruft. Die Vollmacht braucht aber keine ausdrückliche zu sein; es genügt, daß sie aus den Umständen zu entnehmen ist (vgl. Staudinger, a. a. O.). Insbesondere kann daraus, daß jemand mit Wissen eines anderen fortgesetzt gewisse Geschäfte in dessen Namen vornimmt, auf eine von diesem an jenen stillschweigend erteilte Vollmacht zu Geschäften dieser Art geschlossen werden (vgl. Planck, Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch 3. Aufl. Anm. 5 zu § 167). Nun hat sich nach den Erfahrungen des Reichsversicherungsamts der Dienstbetrieb der Kontrollbeamten fast durchgehend dahin entwickelt, daß diese das ganze Beitragsentrichtungsgeschäft im weitesten Sinne des Wortes in die Hand genommen haben, indem sie über den Rahmen der eigentlichen Beitragsüberwachung hinaus die Beteiligten über ihre Versicherungspflicht oder ihre Versicherungsberechtigung belehren, über die Bedeutung der Versicherung und ihre Vorteile aufklären und so zur Beitragsentrichtung anhalten oder anregen. Sie gelten daher beim Publikum über ihren eigentlichen Aufgabenkreis hinaus als Vertreter der Versicherungsanstalten. In welchem Umfange die Kontrollbeamten eine werbende Tätigkeit für die Versicherungsanstalten ausüben, ergeben die im Reichsversicherungsamt zusammengestellten Uebersichten über die Ergebnisse der örtlichen Ueberwachung der Beitragsleistung. Aus der letzten dieser Uebersichten, die sich auf das Jahr 1911 bezieht, geht hervor, daß die Kontrollbeamten allein in diesem Jahre mehr als 36000 Personen neu zur Versicherung angehalten haben. Dabei sind die Bezirke der Landesversicherungsämtern unterstehenden Versicherungsanstalten — außer denjenigen Bayerns — noch nicht einmal mitberücksichtigt. Wenn sich im allgemeinen der Tätigkeitskreis der Kontrollbeamten in der geschilderten Weise erweitert hat, so kann dies natürlich nur im Einverständnis und mit Wissen der Anstaltsvorstände geschehen sein. Diese können daher regelmäßig nicht für berechtigt erachtet werden, Erklärungen ihrer Kontrollbeamten anzufechten, die sich als Anerkenntnisse der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung darstellen. Vielmehr ist überall da, wo die Umstände nicht ausnahmsweise anders liegen und deshalb eine abweichende Beurteilung erfordern, eine stillschweigende Bevollmächtigung zur Abgabe solcher Erklärungen anzunehmen. Es könnte allerdings die Frage aufgeworfen werden, ob es zulässig ist, daß die Vorstände der Versicherungsanstalten durch eine allgemeine Ermächtigung Aufgaben, die ihnen als Organen der Versicherungsanstalten zugewiesen sind, auf die Kontrollbeamten übertragen. So hat das Reichsversicherungsamt in der Revisionsentscheidung 1434 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1909 S. 588) die allgemeine Ermächtigung der Kontrollbeamten zur Stellung von Anträgen auf Entscheidung gemäß § 155 JVG. (jetzt § 1459 RVO.) aus dem angegebenen Grunde für unzulässig erklärt. In diesem Falle handelte es sich indessen um die Vertretung der Versicherungsanstalt gegenüber einer Behörde. Freilich wird dadurch das angeführte Bedenken noch nicht ganz beseitigt. Es muß jedoch aus folgender Erwägung zurückgestellt werden: Die Vorstände der Versicherungsanstalten können bei der Art und dem Umfang der im Vorstehenden geschilderten Tätigkeit ihrer Kontrollbeamten nicht im Zweifel darüber sein, daß diesen, mögen ihre Maßnahmen auch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle sachlich zutreffend sein, doch einzelne Irrtümer und Mißgriffe unterlaufen können. Wenn sie aber dessen ungeachtet den Kontrollbeamten freie Hand lassen, so müssen sie auch unzutreffende Erklärungen dieser Hilfsbeamten — jedenfalls im Verhältnis zu dritten Personen, die dadurch zur Beitragsleistung veranlaßt werden — gegen sich gelten lassen. Denn schuldhaft handeln in solchen Fällen die Kontrollbeamten, weil sie unrichtige Erklärungen abgeben und die Versicherungsanstalten, weil sie solche Fehler geschehen lassen. Schuldlos sind aber diejenigen, die im Vertrauen auf die Richtigkeit solcher Erklärungen Beiträge entrichten. Sie müssen

Digitized by Google

daher geschützt werden. Es würde den Interessen eines von Treu und Glauben beherrschten Verkehrs widersprechen, wenn die Versicherungsanstalten in solchen Fällen auf der einen Seite die Beiträge, die ihnen durch die Tätigkeit der Kontrollbeamten zufließen, ohne weitere Prüfung vereinnahmten, auf der anderen Seite aber die Rechtmäßigkeit der Verwendung solcher Beiträge bestreiten wollten, wenn Ansprüche daraus hergeleitet werden.

Eine stillschweigende Ermächtigung der Kontrollbeamten zur Abgabe von bindenden Erklärungen über die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung ist nur dann nicht anzunehmen, wenn die Versicherungsanstalt gegen eine so weitgehende Betätigung der Kontrollbeamten, wie sie im Vorstehenden geschildert ist, rechtzeitig wirksame Vorsorge getroffen hat. Dazu genügt es aber nicht, daß sie den Kontrollbeamten, wie es mehrfach durch die Dienstanweisung geschehen ist, die Pflicht zur Berichterstattung in zweifelhaften Fällen auferlegt hat. Sie muß vielmehr, wenn sie nicht gehindert sein will, die Versicherungspflicht oder die Versicherungsberechtigung der von ihren Kontrollbeamten zur Versicherung herangezogenen Personen sachlich nachzuprüfen, durch fortgesetzte Ueberwachung, insbesondere Prüfung ihrer Geschäftsführung, Einforderung häufiger Berichte und ähnliche Maßnahmen dafür sorgen, daß die Kontrollbeamten auch tatsächlich in allen irgendwie zweifelhaften Fällen sich einer selbständigen Erklärung enthalten und die Entscheidung des Vorstandes einholen. Eine Versicherungsanstalt, die derartige Vorkehrungen getroffen hat, braucht das von einem Kontrollbeamten abgegebene Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung nicht gegen sich gelten zu lassen, es sei denn, daß es auf einer dem Kontrollbeamten besonders erteilten Vollmacht beruht oder von dem Vorstande nachträglich genehmigt worden ist. Eine nachträgliche Genehmigung kann auch stillschweigend erfolgen. Sie wird insbesondere dann anzunehmen sein, wenn der Vorstand den Bericht des Kontrollbeamten, aus dem sich ein von diesem für die Versicherungsanstalt ohne Vertretungsmacht erklärtes Anerkenntnis der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung ergibt, ohne Beanstandung entgegengenommen hat.

Bei Anwendung dieser Grundsätze war die Vorentscheidung wegen ungenügender Aufklärung des Sachverhalts aufzuheben. Zugleich war die Sache zur nochmaligen Verhandlung und Entscheidung an das inzwischen an die Stelle des Schiedsgerichts getretene Oberversicherungsamt zurückzuverweisen. Dieses wird zunächst feststellen müssen, ob der Kontrollbeamte seinerzeit überhaupt eine Erklärung abgegeben hat, die sich als Anerkenntnis der Versicherungspflicht des Klägers darstellt, und bejahendenfalls an der Hand der vorstehenden Grundsätze weiter zu prüfen haben, ob dieses Anerkenntnis die Versicherungsanstalt bindet.

Berechnung des Verdienstdrittels (§ 5 Abs. 4 JVG., § 1255 Abs. 2 RVO.) nach den Verhältnissen des früheren oder des jetzigen Wohnorts?

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 4. Februar 1913.

Der Kläger bittet um eine Entscheidung darüber, ob der übliche Tagelohn seines jetzigen oder seines früheren Wohnortes in Betracht komme. Er will also offenbar bemängeln, daß das Schiedsgericht abweichend von dem Bescheide des beklagten Vereins unter Berücksichtigung der Löhne an dem jetzigem Wohnorte des Klägers das gesetzliche Lohndrittel auf 250 bis 300 M. angenommen hat. Insoweit war der Revision der Erfolg zu versagen. Zutreffend geht das Schiedsgericht davon aus, daß der für den Kläger maßgebliche Mindestlohn nach demjenigen Verdienste zu berechnen ist, den ein dem Kläger im Sinne des § 5 Abs. 4 JVG. (zu vgl § 48 Abs. 1 der vom 1. Juli 1908 ab gültigen Satzung für den Allgemeinen Knappschaftsverein) gleichartiger Arbeiter in der Gegend des jetzigen Wohnortes des Klägers zu erzielen pflegt. Wollte man die Lohnverhältnisse des früheren Wohnortes zugrunde legen, so würde dies dahin führen können, daß ein Rentenempfänger, der in eine Gegend mit niedrigeren Löhnen verzieht, unter Umständen lediglich deswegen im Bezuge der Rente belassen werden müßte, weil er bei den niedrigeren Löhnen die nach den Verhältnissen des früheren Wohnortes berechnete Verdienstgrenze nicht erreichen kann. Hierin läge eine offenbare Unbilligkeit gegenüber denjenigen gleichartigen Arbeitern, die stets in dem jetzigen Wohnort des Rentenempfängers ihr Brot verdient haben und deren Rentenanspruch somit zweifellos nach den Verhältnissen dieser Gegend zu beurteilen ist. Eine besondere Schwierigkeit entsteht allerdings dann, wenn — wie hier — in der Gegend des neuen Wohnortes gleichartige Arbeiter (Bergleute) nicht vorhanden sind. In Fällen dieser Art wird man dem vom Gesetzgeber angestrebten Ziele am nächsten kommen, wenn man den mutmaßlichen Verdienst der in der Gegend des neuen Wohnortes fehlenden Berufsgruppe rechnerisch zu ermitteln sucht. Es handelt sich dabei freilich nur um einen Notbehelf. Denn die Entwicklung der Löhne ist von den verschiedensten Umständen abhängig, und es läßt sich daher keineswegs mit Bestimmtheit sagen, daß in der Provinz Posen, wenn dort der Bergbau in großem Maßstab zur Entfaltung käme, das nämliche Verhältnis der Löhne im Bergbau und in der Landwirtschaft sich herausbilden würde wie in Westfalen. Sieht man aber von diesen Bedenken ab,

Digitized by Google

so ergibt sich unter Berücksichtigung der Revisionsentscheidung 1452 (Amtl. Nachr. 1910 S. 452) folgende Berechnung. Der durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst der Häuer im westfälischen Kohlenrevier betrug im Jahre 1911 etwa 1550 M. (zu vgl. Reichsarbeitsblatt 1912 S. 204), der durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst landwirtschaftlicher Arbeiter in derselben Gegend 750 M. Dagegen ist im Kreise Witkowo für alle männlichen, einer eigenen Haushaltung vorstehenden, ständig in der Landwirtschaft beschäftigten Personen der Jahresarbeitsverdienst im Sinne des § 34 Abs. 2 Ziff. 2 JVG. auf 470 M. festgesetzt. Hiernach kann man annehmen, daß ein Kohlenhäuer in der Gegend von Witkowo, wenn es dort Bergwerke gäbe, einen Jahresarbeitsverdienst von etwa 970 M. haben würde. Danach würde die Verdienstgrenze etwa 325 M. betragen. Es ist aber noch zu berücksichtigen, daß der Kläger sich erst zu Anfang der neunziger Jahre dem Berufe eines Bergmanns zugewendet hat. Vorher war er in seiner Heimat in der Landwirtschaft beschäftigt. Auch diese letztere Tätigkeit, die der Kläger etwa bis zu seinem 31. Lebensjahre ausgeübt hat, darf bei der Ermittlung der Mindestverdienstgrenze nicht außer acht bleiben. Damit sinkt diese zweifellos unter 300 M. Die Vorentscheidung ist daher nicht zu beanstanden.

Bei Streitigkeiten über den Anspruch auf Hausgeld ist nur die Beschwerde an das Oberversicherungsamt gemäß § 1273 RVO. zulässig.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 19. Februar 1913.

Ein Versicherungsträger hatte den Anspruch eines Versicherten auf Invalidenrente durch berufungsfähigen Bescheid zurückgewiesen und gleichzeitig in diesem Bescheid ausgesprochen, daß auch kein Anspruch auf Hausgeld bestehe. Das Oberversicherungsamt hat die dagegen eingelegte Berufung, soweit sie sich auf den Invalidenrentenanspruch bezog, zurückgewiesen, im übrigen unter Aufhebung des Bescheids die Sache an den Versicherungsträger zurückgewiesen, weil bezüglich des Anspruchs auf Hausgeld die Vorschriften der §§ 1613 ff. RVO. nicht beachtet worden seien. Auf die Revision des beklagten Versicherungsträgers hat das Reichsversicherungsamt das Urteil des Oberversicherungsamts insoweit aufgehoben, als es die Zurückverweisung der Sache an den Beklagten ausgesprochen hatte. Hierbei ist folgendes ausgeführt:

Die Zulässigkeit der Revision unterliegt keinem Bedenken. Gegenstand des Streites ist die Frage, ob das Verfahren des Beklagten dem Gesetz entsprochen hat; einer der im § 1696 RVO. bezeichneten Fälle steht nicht zur Entscheidung.

In der Sache selbst macht die Revision mit Recht geltend, daß das in den §§ 1613 ff. RVO. geregelte Feststellungsverfahren sich nur auf solche Leistungen bezieht, die Gegenstand der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind. Gegenstand dieser Versicherung sind aber nach § 1250 RVO. Invaliden- oder Altersrenten sowie Renten, Witwengeld und Waisenaussteuer für Hinterbliebene (zu vgl. auch § 1630 a. a. O.). Demgemäß ist das Verfahren nach §§ 1613 ff. a. a. O., §§ 73 ff. der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter nicht einzuleiten, wenn es sich um andere Leistungen der Versicherungsträger wie das Heilverfahren nach § 1269 RVO. oder die Gewährung des Hausgeldes nach § 1271 RVO. handelt (zu vgl. auch Revisionsentscheidung 539, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1896 S. 502). Hieran wird dadurch nichts geändert, daß durch die Einleitung des Heilverfahrens nach § 1269 RVO. beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 1271 RVO. eine Verpflichtung des Versicherungsträgers zur Gewährung des Hausgeldes begründet wird. Denn diese Verpflichtung stellt nicht eine Leistung dar, die durch den Eintritt des Versicherungsfalls bedingt wird, vielmehr stellt sie nur eine Ergänzung einer freiwilligen Leistung dar, die vom Gesetz in der Absicht anerkannt wird, dem Versicherungsträger die Möglichkeit zu verschaffen, den Eintritt des Versicherungsfalls zu verhüten oder wieder zu beseitigen. Hätte der Gesetzgeber eine Erledigung des Anspruchs auf Hausgeld nach § 1271 RVO. in dem ordentlichen Rentenstreitverfahren zulassen wollen, so hätte folgerichtig auch die Vorschrift des § 1624 RVO., § 88 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter auf diesen Anspruch ausgedehnt werden müssen, wonach bei Altersrente, Waisenrente, Beginn nnd Höhe der Renten überhaupt und anderen weniger wichtigen Ansprüchen eine mündliche Verhandlung des Versicherungsamts und der Versicherungsvertreter nicht stattfindet. Ebenso lag es nahe, im § 1696 RVO. die Revision für die auf Grund der Invalidenversicherung erhobenen Ansprüche auf Hausgeld in gleicher Weise auszuschließen, wie dies im § 1695 Nr. 1 a. a. O. bezüglich der auf Grund der Krankenversicherung erhobenen Ansprüche auf Hausgeld geschehen ist. Vor allem hat aber der Gesetzgeber selbst im § 1273 RVO. für die Erledigung von Streitigkeiten aus §§ 1269 ff. ein einfaches und schnelles Verfahren vorgesehen, und zwar aus der offenbar berechtigten Erwägung, daß die Anordnung eines Heilverfahrens und die Unterstützung der Angehörigen des Versicherten während der Durchführung des Heilverfahrens — wie auch der Beklagte zutreffend hervorhebt — Angelegenheiten sind, die einer möglichst schleunigen Erledigung bedürfen, und bei denen durch eine Verzögerung, wie sie bei der Vorbereitung und Vorberatung durch das Versicherungsamt häufig unvermeidlich wäre, die Versicherten und ihre Angehörigen geschädigt werden könnten. Nach

Digitized by Google

alledem ist die Auffassung des Oberversicherungsamts, daß für Ansprüche auf Hausgeld nach § 1271 RVO. das Verfahren gemäß §§ 1613 ff. RVO. Platz zu greifen hätte, rechtsirrtümlich. Das Oberversicherungsamt war daher nicht berechtigt, die Sache, soweit sie den Anspruch auf Hausgeld betraf, an den Beklagten zur Nachholung des Verfahrens gemäß §§ 1613 ff. RVO. zurückzuverweisen. Demzufolge war die Vorentscheidung, soweit sie diese Zurückverweisung ausspricht, aufzuheben.

Ueber die Beschwerde des Klägers wegen Nichtgewährung des Hausgeldes hat nunmehr das Oberversicherungsamt gemäß § 1273 RVO. zu entscheiden.

Dabei ist rechtlich ohne Bedeutung, daß der Beklagte die Ablehnung der Gewährung des Hausgeldes unzulässigerweise in dem berufungsfähigen Rentenablehnungsbescheid ausgesprochen hat. Durch dies Verfahren kann der Rechtsmittelzug an sich nicht geändert werden, zumal da der Anspruch auf Hausgeld in keiner Beziehung zu dem Anspruch auf Rente steht, und die Erledigung eines Streites hierüber bei der Rentenfeststellung nicht in Betracht kommt; es handelt sich vielmehr bei diesem Anspruch um einen Streitfall, für dessen Entscheidung grundsätzlich das Rentenfeststellungsverfahren nicht zugelassen ist. Die bei einer gegenteiligen Annahme vorliegende Möglichkeit, den Anspruch auf Hausgeld in dem Verfahren nach §§ 1613 ff. und in dem sich etwa anschließenden Berufungs- und Revisionsverfahren zu erörtern, also in das Rentenfeststellungsverfahren hereinzuziehen, ist — wie oben dargelegt — mit § 1250 RVO. nicht zu vereinen.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts[1]).

Die Revision wird durch § 1696 Nr. 1 RVO. dann nicht ausgeschlossen, wenn zwar der Rentenbezug nur für einen nach Anfang und Ende bestimmten Zeitraum beantragt ist, der Versicherungsträger aber eine Rente überhaupt nicht gewähren will. Der Anspruch auf Invalidenrente ist wirksam „erhoben" im Sinne des § 1303 RVO., auch wenn der Versicherte stirbt, bevor der von ihm bei der Ortsbehörde gestellte Antrag bei dem Versicherungsamt eingeht. (Abweichend § 41 Abs. 4 IVG. und Revisionsentscheidung 1225, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1905 S. 495) (1713).

Bei der freiwilligen Versicherung ist der Wille des Versicherten regelmäßig dahin auszulegen, daß die Beiträge innerhalb der Grenzen des § 1443 RVO. (§ 146 IVG.) auch auf abgelaufene Anwartschaftsfristen anzurechnen sind, soweit es zur Wiederherstellung der Anwartschaft erforderlich ist. Ein entgegenstehender Wille des Versicherten ist unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes nicht schon daraus zu folgern, daß die Marken mit Entwertungsvermerken aus einer späteren Zeit versehen sind (1714).

Die Vorschrift des § 1444 Abs. 2 RVO. ist auf den Lauf oder Ablauf der Anwartschaftsfrist des § 1280 a. a. O. ohne Einfluß (1715).

In der Bestrafung eines Arbeitgebers wegen Nichtentrichtung von Pflichtbeiträgen liegt ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht durch die Versicherungsanstalt im Sinne des § 1445 Abs. 2 Satz 2 RVO. (1716).

Die Vorschrift des § 1445 Abs. 3 RVO. setzt nicht voraus, daß mindestens 100 Beiträge auf Grund gesetzlicher Versicherungspflicht geleistet sind (1717).

Wer gefundene Marken in seine Quittungskarte einklebt, verwendet nicht Marken in betrügerischer Absicht (§ 1445 Abs. 3 RVO.), wenn er an sich zur Markenverwendung berechtigt ist (1718).

Für einen Wächter, der außerhalb des Sitzes der Wach- und Schließgesellschaft seinen Nachtdienst zu versehen und sich nur täglich zum Abholen und Abliefern der Schlüssel usw. und zur Berichterstattung in den Räumen der Gesellschaft einzufinden hat, gilt der Ort des Nachtdienstes, die feste Arbeitsstätte im Sinne des § 153 Abs. 2 RVO., als Beschäftigungsort (1719).

Kiefernzapfenpflücker, welche in fiskalischen Wäldern Zapfen sammeln und an die ihnen von der Forstverwaltung bezeichneten Aufkäufer abliefern, sind versicherungspflichtig; Arbeitgeberin ist die Forstverwaltung (1720).

Bei Abgabe einer Sache an das Reichsversicherungsamt gemäß § 1799 RVO. ist nach § 1693 zu verfahren; das Oberversicherungsamt hat also bei der Abgabe seine Rechtsauffassung zu begründen (1721).

Zu dem Antrag des Arbeitgebers gemäß § 1329 Satz 3 RVO. ist nicht nur die Versicherungsanstalt des Betriebssitzes, sondern auch die jeweils beteiligte sonstige Versicherungsanstalt zu hören. Der Antrag wird mit dem Zeitpunkt wirksam, zu dem er bei der zuerst angegangenen Versicherungsanstalt eingegangen ist (1722).

Art. 68 Einf.Ges. z. RVO. ist dahin zu verstehen, daß vom 1. Januar 1931 ab ein Anspruch auf Hinterbliebenenbezüge nur dann besteht, wenn nach dem 1. Januar 1912 eine Wartezeit zeit von 200 bzw. 500 Beitragswochen zurückgelegt worden ist. Auch werden bei der Be-

[1]) Heft 7 und 8 (vom 15. Juli und 15. August 1913). — Die Entscheidungen 1713 bis 1719, 1725 bis 1732, 2625 bis 2627 und 2632 bis 2635 sind als „grundsätzliche" bezeichnet.

Digitized by Google

rechnung der Hinterbliebenenbezüge vom 1. Januar 1931 ab nur die nach dem 1. Januar 1912 verwendeten Marken berücksichtigt werden können. Dagegen ist nicht erforderlich, daß sich unter den nach dem 1. Januar 1912 entrichteten Beiträgen mindestens 100 befinden, die auf Grund der Versicherungspflicht oder der Berechtigung zur Selbstversicherung entrichtet worden sind (1723).

Die Versicherungsanstalt ist nicht verpflichtet, bei Zustellungen mittels eingeschriebenen Briefes auf Erfordern des Oberversicherungsamtes den Tag der Zustellung in ihren Akten nachzuweisen (1724).

Zuständig für die Entziehung einer Rente nach §§ 1304 ff. RVO. bleibt die Versicherungsanstalt, welche die Rente bewilligt hat, auch wenn der Rentenempfänger in einen anderen Bezirk verzogen ist (1725).

§ 1309 RVO., wonach die Zeit früheren Rentenbezugs nur bis zu 52 Wochen anzurechnen ist, gilt auch, wenn die Bezugszeit vor dem 1. Januar 1912 liegt (1726).

Bildet eine Aufrechnung den Gegenstand des Streites, so ist die Revision auch dann zulässig, wenn wegen der Gegenforderung an sich die Revision nach § 1696 RVO. ausgeschlossen sein würde. — Erkennt die Versicherungsanstalt den Rentenanspruch an, so hat sie dem Bewerber die Kosten des von ihm gemäß §§ 1251, 1613 RVO. eingereichten ärztlichen Gutachtens zu erstatten (1727).

Die Einholung eines Gutachtens über die Umwandlung der Krankenrente in eine Invalidenrente macht das Umwandlungsverfahren noch nicht anhängig im Sinne des § 85 Einf.Ges. z. RVO. Ein Antrag des Rentenberechtigten ist nicht Voraussetzung der Umwandlung. Ob gleichwohl durch einen solchen Antrag das Umwandlungsverfahren in Lauf gesetzt wird, ist dahingestellt gelassen; es wurde angenommen, daß das Verfahren erst durch Erlaß des Bescheides anhängig wurde (1728).

Handelt es sich um die Frage der Rechtzeitigkeit der Berufung, so ist die Revision nicht ausgeschlossen, auch wenn in der Sache selbst die Höhe der Rente den Streitgegenstand bildet (1729).

Nichtbeachtung des § 28 Abs. 5 Satz 2 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter stellt einen wesentlichen Mangel des Verfahrens dar (1730).

Die Versicherungspflicht einer Gemeindehebamme in Hessen ist verneint (1731).

Streit, ob durch einen an sich gültigen Beitrag das Versicherungsverhältnis im Sinne des Art. 74 Einf.Ges. z. RVO. erneuert war, ist nach § 1459 RVO. zu entscheiden. — Bei freiwilliger Versicherung wird das Versicherungsverhältnis im Sinne des Art. 74 nur durch eine vor dem 1. Januar 1913 tatsächlich erfolgte Beitragsleistung erneuert (1732).

Der ablehnende Bescheid muß dem Rentenbewerber den wesentlichen Inhalt des ärztlichen Gutachtens (nicht nur den vom Arzt angenommenen Prozentsatz der verbliebenen Erwerbsfähigkeit) mitteilen; andernfalls kann der Rentenbewerber Ergänzung, und zwar zweckmäßigerweise durch Abschrift des Gutachtens verlangen, die ihm in diesem Falle — ungeachtet des § 1631 Abs. 2 Satz 2 RVO. kostenlos zu erteilen ist (1733).

Als Jahresarbeitsverdienst gilt im Sinne des § 570 RVO. das Dreihundertfache des Ortslohns für Erwachsene über einundzwanzig Jahre auch dann, wenn der Verletzte keinen Entgelt im Betriebe bezogen hat (2625).

Der Jahresarbeitsverdienst ist gemäß Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. nach der dem Versicherten günstigeren Vorschrift des § 563 Abs. 2 RVO. schon für die von dem 1. Januar 1913 (dem Tage des Inkrafttretens des § 563) liegende Bezugszeit zu berechnen (2626).

Die den Ansprüchen der Aszendenten etwa günstigeren Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Voraussetzungen der Aszendentenansprüche finden auf Ansprüche aus Unfällen vor dem 1. Januar 1913 keine Anwendung (2627).

Die Hilfeleistung eines Gastwirts, der nebenbei Landwirtschaft betreibt, für einen Gurkenhändler und Landwirt beim Gurkenverladen auf der Bahn ist nicht als landwirtschaftlich versicherte (nachbarliche) Gefälligkeitsleistung anzusehen (2628).

Die Rentenfestsetzung nach Abschluß eines Heilverfahrens außerhalb einer Heilanstalt wird gemäß § 89 Abs. 4 GUVG. erst wirksam mit dem Ablauf des Monats, in dem der Festsetzungsbescheid zugestellt ist (2629).

Enthält die Satzung eine dem § 69 Abs. 1 und 3 der Mustersatzung für gewerbliche Berufsgenossenschaften entsprechende Vorschrift, so können Betriebsbeamte und andere unter § 54 der jetzigen Satzung fallende Personen nur an der Versicherung teilnehmen, wenn und solange ihr Jahresarbeitsverdienst sich in den in der Satzung bezeichneten Grenzen hält (2630).

Die Gewerbebetriebe der Geometer sind bei den örtlichen Baugewerks-Berufsgenossenschaften versichert, sofern sie sich auf Bauarbeiten, für deren Versicherung diese zuständig sind, erstrecken, d. h. auf Tätigkeiten während der Bauarbeit (nach Beginn der Ausschachtung) und zur Ausführung des Baues (2631).

Auch eine bedingte Anmeldung des Entschädigungsanspruchs ist zur Wahrung der Frist des § 72 Abs. 1 GUVG. geeignet (2632).

Der dem Berechtigten günstigere § 1547 Abs. 1 Nr. 1 RVO. findet auf Unfälle, die sich vor dem

Digitized by Google

1. Januar 1913 ereignet haben, dann keine Anwendung, wenn der Entschädigungsanspruch bereits unter der Herrschaft des alten Rechts durch Fristablauf ausgeschlossen war (2633).

Auf Grund allgemeiner Bestimmung der Unfallverhütungsvorschriften über den Zustand von Maschinen kann die Anbringung einer Sonderschutzvorrichtung nicht gefordert werden (2634).

In Sachen der Unfallversicherung hat das Reichsversicherungsamt über Zuständigkeitsstreitigkeiten zwischen Oberversicherungsämtern, deren Sitz sich im Gebiete desselben Landesversicherungsamts befindet, zu entscheiden, wenn ein Versicherungsträger beteiligt ist, dessen Bezirk sich über das Gebiet des Bundesstaats hinaus erstreckt (2635).

Die Beteiligten können die Akten der Oberversicherungsamts einsehen und sich (gegen Kosten) Ausfertigungen, Auszüge und Abschriften erteilen lassen, auch selbst Auszüge und Abschriften fertigen, nicht aber Uebersendung der Akten verlangen; ein solches weitergehendes Recht können die Versicherungsträger auch nicht aus § 115 RVO. ableiten (2636).

Nur Berufsgenossenschaften, bei denen eine öffentliche Behörde die Verwaltung führt, sind als öffentliche Behörden zu betrachten (2637).

In den Fällen der §§ 659 Abs. 2, 666 und 670 RVO. hat das Versicherungsamt Anspruch auf Erstattung seiner Auslagen (2638).

In die Tabelle 2 der Nachweisung über die gesamten Rechnungsergebnisse sind nur die Ausgaben aufzunehmen, die den Ausführungsbehörden als Trägern der Unfallversicherung erwachsen; dazu gehört nicht die auf Grund des § 942 RVO. zu gewährende Krankenhilfe innerhalb der ersten 13 Wochen (2639).

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Alkoholfreie Wirtschaften.

Im Anschluß an statistische Angaben über die Verteilung der ständigen Gast- und Schankwirtschaften und der alkoholfreien Wirtschaften auf die Bevölkerung faßt die Statistische Korrespondenz das Ergebnis wie folgt zusammen:

Im Verhältnisse zur Bevölkerung sind also die Betriebsstätten mit Ausschank geistiger Getränke, insbesondere auch die Branntweinkleinhandlungen in den städtischen wie in den ländlichen Gemeinden seltener, hingegen die Betriebe mit Verabfolgung alkoholfreier Getränke häufiger geworden. Immerhin sind diese gegenüber den gewöhnlichen Wirtshäusern noch recht schwach vertreten; erst auf annähernd 20 letzterer Betriebe entfiel im Staate eine alkoholfreie Wirtschaft, auf dem Lande sogar erst auf mehr als 30, in den Städten hingegen schon auf etwas über 13. Während die Gast- und Schankwirtschaften in Stadt und Land annähernd gleichmäßig auf die Bevölkerung verteilt sind, finden sich im Verhältnisse zur Einwohnerzahl in den Städten die Kleinhandlungen mit Branntwein mehr als 40 mal und die alkoholfreien Wirtschaften fast zweieinhalbmal so häufig wie auf dem platten Lande.

Schwierigkeiten bei Durchführung der Angestelltenversicherung.

Ein seltsam anmutendes Schreiben ist Arbeitgebern von Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zugegangen. Nach Mitteilung der „Tägl. Rundschau" handelt es sich nicht um einen Einzelfall, sondern um gleichartige Schreiben, die auch solchen Arbeitgebern zugegangen sind, welche schon vor Monaten ihre Beiträge gezahlt und mitgeteilt haben, daß sie Angestellte nicht mehr beschäftigen. Jenes Schreiben lautet:

„Nachdem die bis zum 31. August 1913 eingegangenen Beiträge zur Angestelltenversicherung hier verbucht worden sind, stellt sich heraus, daß Sie mit Ihrer Einzahlung noch im Rückstand sind. Wir ersuchen daher, uns die fälligen Beiträge zuzüglich 12 Pf. Postgebühren mittels Zahlkarte innerhalb acht Tagen vom Empfang dieses Briefes ab einzusenden. Sollten Sie aber den Beitrag vor oder auch nach dem 31. August bereits eingesandt haben, so bitten wir auf jeden Fall um gefällige umgehende Mitteilung, damit wir Nachforschungen nach dem Verbleib der Zahlkarte anstellen und Ihr Konto berichtigen können. Ebenso ersuchen wir für den Fall, daß in Ihrem Personal eine Aenderung eingetreten ist, ohne daß Sie uns bis dahin eine Veränderungsanzeige übersandt haben, uns umgehend hiervon unter Benutzung des bei den Ausgabestellen erhältlichen Formulars R. f. A. II Nr. 3 Mitteilung zu machen. Gleichzeitig weisen wir darauf hin, daß die Veränderungsanzeige ebenso wie die Uebersicht mit 5 Pf. zu frankieren ist. Die Adressen der Arbeitgeber sind diesseits auf Grund der von den Angestellten in ihren Aufnahmekarten gemachten, oft schwer leserlichen Angaben ermittelt und geprägt. Sollte Ihre Adresse auf dem Briefumschlag nicht richtig wiedergegeben oder unvollständig sein, oder sollte die Zahlung Ihrer Beiträge regelmäßig von einem anderen Postorte aus bzw. durch eine andere Adresse erfolgen, so würden wir für Bekanntgabe der richtigen Adresse unter Wiederbeifügung des unrichtigen Briefumschlags dankbar sein. Das beiliegende Merkblatt für die Einrichtung der Beiträge empfehlen wir zur gefälligen Beachtung."

Stellenanzeiger für Arbeiterversicherung.

Für den Bereich der Arbeiterversicherung fehlte es bisher an einer einheitlichen Regelung für die Vermittlung des Angebots und der Nachfrage hinsichtlich der Beschäftigung im Geschäftsbetriebe der Versicherungsträger. Nachdem durch die Errichtung von allgemeinen Ortskrankenkassen und von Landkrankenkassen die Nachfrage nach geeigneten Arbeitskräften für die Kassenverwaltung wesentlich gesteigert worden ist, ist das Be-

Digitized by Google

dürfnis nach einer Vermittlungsstelle stärker in den Vordergrund getreten. Der preuß. Minister für Handel und Gewerbe hat deshalb das Kgl. Oberversicherungsamt Groß-Berlin in Charlottenburg, Berliner-Straße Nr. 11, beauftragt, einen Stellenanzeiger für die Arbeiterversicherung herauszugeben, der zunächst als Beilage des Ministerialblatts der Handels- und Gewerbeverwaltung erscheinen wird. In dem Anzeiger sollen alle Stellengesuche und Stellenangebote veröffentlicht werden, die sich auf die Beschäftigung im Geschäftsbetriebe von Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und von Versicherungsämtern beziehen, soweit es sich nicht um Stellen handelt, für deren Besetzung nur Beamte in Frage kommen.

Alle Gesuche um Aufnahme von Anzeigen sind ausschließlich an das genannte Oberversicherungsamt zu richten. Die Drucklegung ist der Firma Carl Heymanns Verlag, Berlin W 8, übertragen, an die alle Anfragen wegen Bezugs des Blattes zu richten sind.

Der Preis für die Veröffentlichung eines Stellenangebots beträgt für die 48 mm breite Zeile 25 Pfg., während der Preis bei Stellengesuchen nur 10 Pfg. beträgt. Die entstehenden Kosten werden von der Firma Carl Heymanns Verlag berechnet und eingezogen. Alle Geldsendungen sind dorthin zu richten. Gegen Einsendung von 10 Pfg. wird jede Nummer des Anzeigers den Beteiligten postfrei zugesandt.

Vertragliche Regelung der Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften.

Nach einem Berichte der Norddeutschen Allg. Zeitg. hat am 3. September im Reichsversicherungsamt unter dem Vorsitz des Präsidenten Dr. Kaufmann eine Beratung zwischen Vertretern des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften und der deutschen Krankenkassenverbände stattgefunden. Es handelte sich darum, nach wiederholten Verhandlungen des Reichsversicherungsamts mit den einzelnen Verbänden die Beziehungen zwischen den Berufsgenossenschaften und Krankenkassen beim Heilverfahren für Unfallverletzte allgemein vertraglich zu regeln (§§ 1513, 1501, 1503 RVO.). Die Beratungen waren von dem Gedanken geleitet, die Heilbehandlung der Unfallverletzten möglich wirksam zu gestalten, die Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft innerhalb der Wartezeit in den hierfür geeigneten Fällen zu fördern und ein möglichst einträchtiges Zusammenarbeiten von Berufsgenossenschaften und Krankenkassen auf diesem Gebiete sicherzustellen. Die Vertreter aller Verbände waren darin einig, daß die neue Vorschrift der Reichsversicherungsordnung, wonach als Ersatz für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohnes gelten, nach dem sich das Krankengeld bestimmt, weder für die Berufsgenossenschaften noch für die Krankenkassen eine Quelle der Bereicherung werden dürfe. Für das Eingreifen der Berufsgenossenschaften in die Heilbehandlung gemäß § 1513 RVO. sollen auch in Zukunft die vom Reichsversicherungsamt unter dem 14. Dezember 1911 aufgestellten Leitsätze im wesentlichen maßgebend bleiben. Die Entschädigung der Berufsgenossenschaften für die Uebernahme des Heilverfahrens innerhalb der ersten 13 Wochen nach dem Unfall soll aber grundsätzlich auf den Ersatz des im Einzelfall unmittelbar entstandenen Aufwandes bis zur Höhe von drei Achteln, des oben erwähnten Grundlohnes beschränkt bleiben. Ist der Aufwand nicht nachweisbar, so sind Pauschbeträge, deren Höhe nach Ablauf eines Jahres durch das Reichsversicherungsamt in Gemeinschaft mit den beteiligten Verbänden nachgeprüft werden soll, zu gewähren. Die gleichen Gesichtspunkte sollen für die Fälle gelten, in denen die Berufsgenossenschaften der Krankenkassen gemäß §§ 1501, 1503 des Gesetzes ersatzpflichtig werden. Es wurde beschlossen, dieses Abkommen, dessen hohe Bedeutung für eine möglichst schnelle und vollkommene Heilung der Unfallverletzten und für eine sachgemäße Regelung der weitverzweigten geschäftlichen Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen allseitig anerkannt wurde, vorläufig bis zum 31. Dezember 1914 für die vertragschließenden Verbände und die von ihnen vertretenen Versicherungsträger verbindlich sein zu lassen. Man hofft dann nach den inzwischen gemachten Erfahrungen das Abkommen noch weiter ausbauen zu können.

Gegen die freie Arztwahl

äußert sich die Begründung des Entwurfs eines neuen Krankenversicherungsgesetzes für Luxemburg, wie folgt: Das Grundübel, woran die Krankenkassen leiden, ist zweifelsohne in der freien Arztwahl zu erblicken. Bei einer Gegenüberstellung der Ergebnisse der verschiedenen Systeme unter finanziellen Gesichtspunkten drängt sich gebieterisch die Schlußfolgerung auf, daß das zur Zeit in Luxemburg in Geltung stehende System der freien Aerztewahl in seinen Wirkungen den Kassen und ihren Aufgaben geradezu zum Verhängnis werden muß. Für die luxemburgischen Kassen läßt sich auf der ganzen Linie eine weitgehende Mehrbelastung feststellen, welche durch den derzeitigen Modus der freien Arztwahl bedingt ist. Die entsprechende Kurve zeigt sogar das Streben, sich in steigender Richtung zu bewegen. Die Mehrbelastung an Ausgaben, die einzig und allein auf die Mangelhaftigkeit des derzeitigen kassenärztlichen Systems zurückzuführen ist, entspricht einem Betrage in Höhe von einem Drittel des Beitrages, der von Arbeitgebern und Arbeitern aufzubringen ist. Diese drückende Verpflichtung hat zu allgemeinen Klagen über die Höhe der Kassenbeiträge in der Oeffentlichkeit geführt. Der beregte Mißstand verwehrt es den Kassen, eine Herabsetzung der Beiträge vorzunehmen, die Rücklage anzusammeln und den gesetzlichen Leistungen eine wünschenswerte Ausdehnung zu vermitteln. Die Folgen der freien Arztwahl in Luxemburg laufen darauf hinaus, daß die Krankenkassen den Aerzten schutzlos überantwortet sind. Einige zur Anwendung gebrachte Kontrollmittel haben sich als von geringem Einfluß erwiesen. Der luxemburgische Gesetzgeber hat sich im Jahre 1901 durch sein großes Wohlwollen für die Arbeiter verleiten lassen, die Grundsätze kluger Zurückhaltung nicht zu berücksichtigen. Heute haben die praktischen Erfahrungen in dieser Hinsicht den unumstößlichen Beweis geliefert, daß auch im vorliegenden Falle das Bessere als des Guten Feind anzusehen ist und daß die praktische Verwirklichung des Prinzips der freien Aerztewahl den Kassen eine Belastungsprobe auferlegt, die über ihre finanziellen Kräfte hinausgeht.

Zulassung besonderer Ortskrankenkassen in Hamburg.

Von den in Hamburg bestehenden Ortskrankenkassen, welche den Antrag auf Zulassung als besondere Ortskrankenkassen gestellt hatten, hatte die Ortskranken- und Sterbekasse der Buchdrucker, die Ortskrankenkasse der Schneider und die Ortskrankenkasse der Klempner Ende Juli vom Versicherungsamt den Bescheid erhalten, daß nach Prüfung der neuen Satzungen beschlossen sei, auf Grund des § 259 RVO. die Leistungen als denen der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Hamburg gleichwertig zu erklären. Nunmehr hat auch das Oberversicherungs-

Digitized by Google

amt diesen Kassen die Mitteilung zugehen lassen, daß dieselben für die im § 1 der eingereichten Satzung bezeichneten Gewerbezweige mit Wirkung vom 1. Januar 1914 ab als besondere Ortskrankenkassen für das Stadtgebiet Hamburg zugelassen werden und zwar die Ortskranken- und Sterbekasse der Buchdrucker und verwandten Gewerbe unter dem Namen: „Ortskrankenkasse der Buchdrucker und verwandten Gewerbe zu Hamburg", und die Ortskrankenkasse der Schneider und verwandten Gewerbe unter dem Namen: „Ortskrankenkasse für das Bekleidungsgewerbe zu Hamburg", während die Ortskrankenkasse der Klempner und verwandten Gewerbe unter unveränderten Namen weiterbesteht.

Wirtschaftliche Bedeutung des Rückganges der Beitragseinnahmen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

An einen solchen Rückgang im Mai und Juni 1913 knüpft ein Artikel des „Zentralblatts für das Deutsche Baugewerbe (Nr. 33 v. 15. August 1913) Erörterungen und Betrachtungen von allgemeinerem Interesse, woraus wir hier auszugsweise folgendes herausheben: Für die einzelnen Monate veröffentlicht das Reichsversicherungsamt nur den Ertrag der an den Postschaltern verkauften Beitragsmarken, nicht aber deren Anzahl. Ueber die Anzahl haben wir nur jährliche Uebersichten. Für die Jahre 1903—1912 gibt der Verfasser eine Zusammenstellung der Zahl der Wochenbeiträge, aus der sich eine günstige Entwicklung des deutschen Wirtschaftslebens entnehmen läßt. Weiterhin wird für die Jahre 1904 bis 1912 eine Tabelle aufgestellt, aus welcher für die einzelnen Monate einmal der Betrag des Markenerlöses bei der Post und dann die Zu- oder Abnahme gegenüber dem gleichen Monat des Vorjahres zu ersehen ist. Im Anschluß daran wird ausgeführt:

Wir haben in dieser Tabelle, wie bei der oben veranschaulichten Uebersicht der Zahl der jährlich entrichteten Wochenbeiträge, zunächst ein langsames Ansteigen des Wertes des monatlichen Markenerlöses, der geringen Schwankungen in den Einzelmonaten unterworfen ist. Das langsame Ansteigen wird unterbrochen im Dezember 1911, in dem die durch die veränderte Gesetzgebung erhöhten Markenwerte, die für die erste Januarwoche 1912 gebraucht wurden, vielfach schon eingekauft worden sind. Vom Dezember 1911 ab steigen, der Erhöhung der Markenwerte entsprechend, das ganze Jahr 1912 andauernd die Monatserlöse weit über das Normale hinaus. Es geht nicht an, diese Steigerungen als ein Merkmal erhöhter wirtschaftlicher Tätigkeit aufzufassen. Erst im Jahre 1913 kommen wir wieder zu Zahlen, die bei Vergleich mit dem Vorjahr Schlüsse auf die Stärke des wirtschaftlichen Lebens zulassen.

Rückgänge gegenüber dem gleichen Monat des Vorjahres um mehr als 900000 M. finden wir vor Juni 1913 in der ganzen Aufstellung seit dem Januar 1904 nicht. Der größte Rückgang, den wir zu verzeichnen haben, der um 602588,39 M. im April 1911 gegenüber April 1910, ist bedeutungslos, da im Jahre 1911 die sonst im April allein geleistete Mehrarbeit, wie sie sich aus den gegenüber dem Vor- und Nachmonat des gleichen Jahres höheren Werten des April in den vorausgehenden Jahren durchweg bemerken und wohl als durch Saisonarbeit bedingt erklären läßt, sich auf die drei Monate März, April und Mai verteilt.

Wirtschaftliche Bewegungen, wie beispielsweise die Tarifkämpfe im Berliner Baugewerbe im Jahre 1907, sind trotz ihrer gewaltigen örtlichen Bedeutung in dem Gesamtbetrage des monatlichen Markenerlöses nicht sicher erkennbar; wir vermögen deshalb auch den jetzt herrschenden örtlichen Ausständen für die Verringerung des Markenerlöses im Mai und Juni d. J. eine ausschlaggebende Bedeutung nicht beizumessen. Andre Gründe für einen Rückgang der Zahl versicherungspflichtiger Personen sind nicht bekannt geworden, Herabsetzungen der Löhne und Gehälter von Beitragspflichtigen sind sicher auszuschließen. Da jetzt auch keine Verhältnisse eingetreten sind, die etwa das Ausscheiden großer Kreise der Beschäftigten aus der Versicherungspflicht verursacht hätten, so bleibt als einzige Erklärung für den Rückgang des Markenerlöses im Mai und Juni d. J. nur eine starke Abschwächung der wirtschaftlichen Produktionstätigkeit übrig, wie sie angesichts der bis dahin überaus unsicheren Gestalt der außerpolitischen Verhältnisse wohl erklärlich ist. Diese Einschränkung der produktiven Arbeit hat übrigens nicht nur auf dem Gebiete der Beitragsleistung zur Invalidenversicherung einen Rückschlag bewirkt, sie hat, ein unerwünschtes Zeichen, unsre Auswanderung lebhaft erhöht, nachdem wir jahrzehntelang einen starken Rückgang der Zahl der Auswanderer gehabt haben.

Erfreulicherweise haben sich, während diese Zeilen geschrieben wurden, die außerpolitischen Verhältnisse wohl im Sinne einer Gesundung geklärt. Möge mit dem Frieden im Südosten Europas eine neue Epoche werktätiger Arbeit und friedlichen Güteraustausches beginnen. Geschieht dies, so wird ein so beunruhigendes Ereignis, wie der Rückgang der Beitragseinnahmen der Invalidenversicherung aus dem Markenerlös um 2½ Mill. M., wie in diesem Mai gegenüber dem Vormonat, und um über 900000 M., wie im Juni d. J. gegenüber dem Juni des Vorjahres, nur eine vorübergehende Erscheinung bleiben, die auf die Lebensfähigkeit der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung eine schädigende Wirkung nicht auszuüben vermag, ebensowenig, wie sie einen dauernden Niedergang des deutschen wirtschaftlichen Lebens kennzeichnet.

(Kl.) Die Einziehung der Invalidenversicherungsbeiträge durch die Krankenkassen.

Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen hat an diejenigen Landesversicherungsanstalten, bei denen das Beitragseinziehungsverfahren noch nicht oder nur zum Teile eingeführt ist, das Ersuchen gerichtet, dasselbe in die Wege zu leiten. In dem Rundschreiben heißt es, daß das Kontrollverfahren den Versicherten nicht genügend Sicherheit biete für die ordnungsmäßige Abführung der Beiträge. Durch die Nachlässigkeiten der Arbeitgeber seien oft schon den Versicherten die Ansprüche verloren gegangen. Auch die Höhe der Rente erleide dadurch oft Schaden. Durch Vermittelung der Ortskrankenkasse könne die Einziehung der Beiträge und die Markenverwendung in geordnetere Bahnen gelenkt werden als durch das Kontrollverfahren. Bei dem häufigen Verkehr der Kassenmitglieder mit der Kasse läßt sich leicht feststellen, ob die Beiträge vorschriftsmäßig entrichtet werden. In Zweifelsfällen können die Kassen leicht Erhebungen treffen.

Auch die Arbeitgeber haben ein berechtigtes Interesse, mit dem Kontrollsystem zu brechen. Vielfach herrscht Verstimmung, daß die Landesversicherungsanstalten den Krankenkassen die Beitragseinziehung nicht übertragen. Selbst bei noch so scharf ausgeübten Kontrollverfahren gehen den Versicherungsanstalten Beiträge verloren. Das Einzugsverfahren ist auch nicht das kostspieligere Verfahren.

In anschaulicher Weise tritt die Kostenfrage bei der Berechnung der Verwaltungskosten vor Augen. Diese bewegten sich im Rechnungsjahre 1909 auf je 1000 M.

Digitized by Google

der Beitragseinnahmen in der Grenze von 42 M. bis 180 M. Die Verwaltungskosten der Landesversicherungsanstalten, bei denen das Einziehungsverfahren eingeführt ist, bezifferten sich auf 73, 75, 88 und 99 M. Von den 31 Versicherungsanstalten bewegten sich nur 11 unter dem Satze von 73 M., 15 Versicherungsanstalten hatten eine Ausgabe in der Grenze von 73 bis 99 M. zu verzeichnen, während 5 Versicherungsanstalten mit einem Verwaltungsaufwand von 106, 123, 158, 179 und 180 M. an die Spitze zu stellen sind.

Für das Rechnungsjahr 1911 lagen Geschäftsberichte von 27 Landesversicherungsanstalten vor. Aus ihnen ist der Prozentsatz für Beitragseinziehung, Kontrollverfahren und persönlichen Verwaltungsaufwand berechnet worden. Während die Ausgabe hierfür bei 3 Versicherungsanstalten, die das Einziehungsverfahren den Ortskrankenkassen übertragen haben, 7,62 %, 8,81 % und 9,78 % der Beitragseinnahme betrug, hatten von den Versicherungsträgern, die dem Kontrollverfahren den Vorzug gaben, 5 Anstalten = 10,59 %, 10,79 %, 10,86 %, 11,14 % und 13,28 % für den erwähnten Zweck aufzuwenden, 7—10 % der Ausgabe entfiel auf 5 Versicherungsanstalten und nur 12 Anstalten konnten auf einen Aufwand von weniger als 7 % zurückblicken.

Das Ergebnis gestaltet sich für diejenigen Versicherungsanstalten, die bei dem Kontrollverfahren stehen geblieben sind, rechnerisch weit ungünstiger, wenn man die nicht unbedeutenden sächlichen Verwaltungskosten hinzurechnet, die naturgemäß bei ihnen sich viel höher stellen müssen, als bei den anderen Versicherungsanstalten. Von nicht zu unterschätzender Bedeutung hierbei ist das Ermittelungs- und das Mahnverfahren. Würde den Kassen auch die Ausstellung und der Umtausch der Quittungskarten übertragen, so würde damit eine weitere Vereinfachung der Geschäfte erreicht.

Sprechsaal.

Zur Kritik der privaten Musterdienstordnung für Angestellte der Krankenkassen.

Amtliche Muster von Dienstordnungen sind bisher nicht bekannt geworden, weder von einer Reichsstelle noch von einer bundesstaatlichen Instanz aus. Dagegen ist für die Kassen, welche dem Hauptverbande deutscher Ortskrankenkassen (Sitz Dresden) angehören, auf Grund der Tarifgemeinschaft dieses Verbandes mit dem Verbande der Bureauangestellten Deutschlands (Sitz Berlin) eine Musterdienstordnung aufgestellt worden. Anderseits hat der Bund deutscher Krankenkassenangestellten (Sitz Mannheim) einseitig eine Dienstordnung entworfen und sämtlichen Bundesregierungen unterbreitet mit dem Ersuchen, bei Erlaß einer amtlichen Musterdienstordnung den Entwurf möglichst zu berücksichtigen. Dies hat bei der Breslauer Tagung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen zu lebhaften Erörterungen mit der Spitze gegen den Bund deutscher Krankenkassenangestellten geführt. Auf die persönlichen Vorwürfe und Verwahrungen ist hier natürlich nicht einzugehen. Nur einige besonders wichtige Streitpunkte, betreffend den sachlichen Inhalt der Entwürfe, sollen hier erwähnt und kurz beleuchtet werden.

Befähigungsnachweis. Der Entwurf des Hauptverbandes sieht im § 3 als allgemeine Voraussetzung der Anstellung u. a. vor, daß der Anzustellende „im Schreiben und Rechnen ausreichende Kenntnisse besitzt". Das ist recht wenig, aber für manche unterste Stelle (z. B. eines Boten) wohl genügend; nur sieht man nicht ein, warum selbst dies Minimum nur „in der Regel" erforderlich sein soll, wie es im Entwurfe heißt. Ferner bestimmt dieser Entwurf: „Bei leitenden Stellen und solchen mit größerer Verantwortlichkeit muß die für die Bekleidung dieser Stellen erforderliche sachliche Befähigung gegeben sein." Warum denn nur bei Stellen mit „größerer" Verantwortlichkeit? Das ist so unbestimmt, daß es überhaupt keine bindende Norm darstellt; und außerdem muß man doch wohl logischerweise sagen: die „erforderliche" sachliche Befähigung muß in allen Fällen gegeben sein; könnte eine Stelle ohne sachliche Befähigung versehen werden, so wäre diese eben nicht erforderlich. Kurz: diese Vorschriften leiden an Unbestimmtheit und Unklarheit. Greifbarer, bestimmter und wohl auch sachlich treffender ist es, wenn der Gegenentwurf (nämlich des Bundes deutscher Krankenkassenangestellten) im § 6 fordert, daß der Anzustellende im allgemeinen sich über eine mehrjährige Tätigkeit bei einer Ortskrankenkasse ausweisen soll, daß aber bei Bewerbern, die bisher eine solche Tätigkeit nicht ausgeübt haben, der Nachweis der Befähigung auch in anderer Weise geführt werden kann, ferner daß jeder Anwärter für den Innendienst nachweisen muß, „daß er stilistisch und orthographisch korrekt schreiben kann, Gesetzeskenntnis besitzt und mindestens die vier Grundrechnungsarten völlig beherrscht".

Erfordernis einer Prüfung. Der Entwurf des Hauptverbandes begnügt sich zu sagen: „Von den Anzustellenden kann die Ablegung einer schriftlichen Prüfung gefordert werden." Warum nur einer schriftlichen? Von dieser unsachgemäßen Beschränkung abgesehen, halten wir die ganz fakultative Vorschrift für zweckentsprechender als die Vorschrift des Gegenentwurfs, die für alle Anwärter für den Innendienst „außerdem", d. h. außer den Nachweisen über mehrjährige Tätigkeit, zwingend die Ablegung einer Prüfung vorschreibt, die doch ganz überflüssig ist, wenn der Bildungsgang und die bisherige Tätigkeit des Anwärters jenes Minimum an Kenntnissen hinreichend verbürgen. — Eine wichtige Abweichung der beiden Entwürfe besteht hinsichtlich der Prüfungsstelle. Der Gegenentwurf sagt: „Die Prüfung ist von dem Oberversicherungsamt abzunehmen." Wir wollen unterstellen, daß das Oberversicherungsamt, zu dessen gesetzlichen Obliegenheiten dergleichen nicht gehört, gleichwohl damit einverstanden wäre, auch diese Last zu andern Lasten zu tragen. Wie aber hat man sich dann das Ziel einer solchen Prüfung vorzustellen? Soll sie allgemein feststellen, daß der Prüfling für eine Stelle von bestimmter Art — z. B. als leitender Beamter oder als Kassenkontrolleur usw. — befähigt ist, so ist dagegen zu sagen, daß die gleiche Funktion bei verschiedenen Kassen, je nach ihren besonderen Verhältnissen, ganz verschiedene Fähigkeiten erfordern wird. Soll aber die Prüfung dies schon mit berücksichtigen und die Befähigung für eine bestimmte Stelle bei einer bestimmten Kasse erweisen, so scheint uns das Oberversicherungsamt nicht die richtige Prüfungsstelle zu sein, weil es dem technischen Betriebe und Dienste der einzelnen Kasse nicht nahe genug steht, um ein hinreichend zuverlässiges Urteil über Art und Maß der erforderlichen Kenntnisse und Erfahrungen zu haben. Ein solches Urteil wird der Regel nach nur

Digitized by Google

haben, wer selbst mitten im Betriebe steht. Deshalb scheint uns — wenigstens im Prinzip, — das Richtige zu sein, was der Entwurf des Hauptverbandes bestimmt: der Vorstand entscheidet über die sachliche Befähigung, also auch über das Ergebnis der etwa geforderten Prüfung. Der Vorstand kennt (oder sollte doch kennen) all die besonderen Verhältnisse der Kasse und die Anforderungen der einzelnen Stelle, von denen das Maß der vernünftigerweise in jedem Einzelfalle zu fordernden Kenntnisse abhängen sollte. Der Vorstand trägt auch die Verantwortung für die ordnungsmäßige Führung der Kassengeschäfte und es erscheint deshalb sachwidrig, ihm die Entscheidung über die Befähigung der Bewerber zu entziehen. Aber eben wegen dieser seiner Verantwortlichkeit wird der Vorstand in diesem so wichtigen Punkte mit besonderer Sorgfalt und mit einer gewissen Selbstbescheidung zu Werke gehen müssen. Es läßt sich nicht verhehlen, daß nicht jeder, dem der Ausschuß ein Vorstandsamt gibt, hiermit zugleich den zur Abnahme einer Fachprüfung erforderlichen Verstand erhält. Man wird daher gut tun aus den unterrichtetsten Vorstandsmitgliedern eine Prüfungskommission zu bilden und ihr, je nach den besonderen Verhältnissen, noch einen oder mehrere Sachverständige beizugeben, insbesondere bei größeren Kassen auch den Geschäftsführer oder einen anderen leitenden Beamten ein gewichtiges Wort mitreden zu lassen und — zur Beruhigung der Gemüter — hierüber auch in der Dienstordnung das Erforderliche vorzusehen.

Beamteneigenschaft. Der Gegenentwurf bestimmt im § 10: „Für diejenigen Angestellten, denen vom Kassenvorstand nur aus einem wichtigen Grunde gekündigt . . . werden kann, ist die Uebertragung der Rechte und Pflichten von Staats- oder Kommunalbeamten (§ 359 RVO.) zu gewährleisten." Eine ganz unbegreifliche Bestimmung! Wird sie in die Dienstordnung aufgenommen, so gehört sie zum wesentlichen Inhalt jedes auf Grund der Dienstordnung geschlossenen Anstellungsvertrages, und es erwüchse für die Kasse die Rechtspflicht, dem Angestellten die Beamteneigenschaft zu gewährleisten — d. i. eine Pflicht, deren Erfüllung gar nicht im Vermögen der Kasse steht! Nur die Landesregierung „kann" den gemäß § 359 Abs. 1 Angestellten die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten übertragen. Wo dies geschieht (wie z. B. voraussichtlich in Preußen; vgl. Erlaß vom 8. März 1913, Arb.-Versorgg. S. 373), braucht sich die Kasse nicht erst dazu zu verpflichten; und wo es nicht geschieht, kann sie sich nicht zu einer solchen, für sie unmöglichen Leistung verpflichten. Es bleibt nur noch zu erwägen, ob denn diese Verleihung der Beamteneigenschaft an Kassenangestellte wünschenswert ist. Wir verneinen die Frage. Die Angestellten sind wirtschaftlich hinreichend gesichert, wenn sie gemäß § 359 Abs 1 angestellt sind, auch ohne Beamteneigenschaft. Manche meinen aber, daß sie persönlich minder vom Vorstand abhängig sein würden. Das ist ein Irrtum. So oder so hat der Angestellte den ihm erteilten Weisungen des Vorstandes, soweit sie sich im Rahmen des Gesetzes und der Dienstordnung bewegen, und nur soweit zu folgen. Das Interesse der Kasse und das hiermit verknüpfte öffentliche Interesse bedingen unseres Erachtens gleichfalls nicht die Verleihung der Beamteneigenschaft. Die erforderliche Disziplin ist hinreichend gesichert durch die Vorschriften in § 354 Abs. 4, 6 § 357, und wenn darüber hinaus vom Vorstand unabhängige Einwirkungen auf die Angestellten durch die Verleihung der Beamteneigenschaft ermöglicht werden sollten und könnten, so wäre das im Interesse der Selbstverwaltung der Kassen und im Interesse der persönlichen Freiheit der Angestellten nur zu bedauern.

(Lw. M.) **Muß das Versicherungsamt sämtliche von den Versicherungsträgern übersandten Fragebogen ausfüllen? Wie regelt sich der Ersatz der Kosten?**

Sowohl in Unfall- wie in Invalidensachen werden dem Versicherungsamte von den Versicherungsträgern eine große Menge von Formularen unter Berufung auf § 115 der Reichsversicherungsordnung mit dem Ersuchen um Ausfüllung übersandt. Hierbei sind Zweifel nach zwei Richtungen hin entstanden

I. Ob die Ausfüllung der Formulare als Rechtshilfe im Sinne des § 115 a. a. O. anzusehen ist, so daß bezüglich der Kosten die Vorschriften des § 117 a. a. O. zur Anwendung gelangen können;

II. Was „bare Auslagen" im Sinne des § 117 a. a. O. sind.

Zu I. — Rechtshilfe im Sinne der §§ 115 der RVO. bedeutet die Vornahme einer Handlung durch eine an sich nicht dazu berufene Behörde, um einer anderen Behörde eine Arbeit abzunehmen, die diese zwar zu leisten hat, aber nicht zu leisten vermag. (Hanow § 115 RVO. Anm. 3; Rosin, Recht der Arbeiterversicherung II S. 215). Zur eigentlichen Rechtshilfe gehört daher nicht die Erledigung aller derjenigen Aufgaben, die der ersuchten Behörde vom Gesetz als eigene Obliegenheiten zugewiesen sind Von diesem allgemeinen Gesichtspunkte ausgehend, ergibt sich für die Ausfüllung einzelner Formulare folgendes:

a) Die Berufs-Genossenschaften übersenden dem Versicherungsamt eine Reihe von Formularen und Fragebogen, in denen es sich darum handelt, festzustellen, ob ein Betrieb zur Berufsgenossenschaft gehört oder nicht und zu welcher Gefahrklasse der Betrieb zu veranlagen ist. Die Anfüllung dieser Fragebogen durch das Versicherungsamt ist unzweifelhaft Rechtshilfe; denn die erwähnten Ermittelungen gehören nicht zu den Aufgaben, die das Gesetz dem Versicherungsamt übertragen hat, sondern sind sämtlich Sache der Berufsgenossenschaften. (§§ 711, 995 RVO. Nach letzterem haben die Organe der Genossenschaften das Abschätzen zu besorgen und die Betriebe zu den Gefahrklassen zu veranlagen).

Verschiedentlich besteht nun auch bei denjenigen Berufsgenossenschaften, die sich am Orte des Versicherungsamtes befinden, die Gepflogenheit, das Versicherungsamt um die Ausstellung der erwähnten Ermittelungen zu ersuchen. Solche Ersuchen können abgelehnt werden; denn wie schon oben erwähnt, kann „Rechtshilfe" nur verlangen, wer die in Frage kommende Handlung nicht selbst vornehmen kann. Ist aber die ersuchende Stelle, wie hier, sehr wohl in der Lage, die ihr kraft Gesetzes obliegende Arbeit selbst zu erledigen, so ist die Feststellung der oben erwähnten Tatsachen und die Ausfüllung der Fragebogen nur ein Versuch, das Versicherungsamt mit einer Arbeit zu belasten, welche die ersuchende Stelle zu leisten hat und auch zu leisten vermag (vgl. auch Hanow Band I § 115 RVO. Anm. 5 Abs. 1).

Es ergibt sich daher, daß die in Frage stehenden Ersuchen, die teilweise sogar recht umfangreich sind und mitunter über 80 Fragen enthalten, im zuletzt erwähnten Fall abgelehnt werden können, während den Ersuchen von auswärtigen Berufsgenossenschaften gegen Ersatz der Kosten nach Maßgabe des § 117 RVO. entsprochen werden muß.

b) Die Landesversicherungsanstalten übersenden dem Versicherungsamte verschiedenartige Fragebogen mit dem Ersuchen um Ausfüllung:

1. Formulare zur Aufnahme von Invalidenrentenanträgen. Hier handelt es sich vor allen Dingen um die Beantwortung von Fragen, die dazu dienen, die Anträge auf das Vorhandensein der gesetzlichen Voraussetzungen des Invalidenanspruches zu prüfen.

Digitized by Google

Diese Ermittlungen sind Sache des Versicherungsamtes, das verpflichtet ist, den Versicherungsträgern sämtliche Unterlagen zu verschaffen (§ 1617 RVO.). Die Kosten für die Ausfüllung dieser Fragebogen sind daher Kosten, die durch die Erfüllung einer eigenen Aufgabe entstehen; sie treffen, da es sich hier nicht um Rechtshilfe handelt, den Staat oder den Gemeindeverband nach näherer Vorschrift des § 59 RVO.

2. Formulare, in denen das Versicherungsamt ein Gutachten über den Antrag abgeben soll. Die hierin gestellten Fragen decken sich zum Teil mit denen im Formular unter 1 aufgeworfenen, so z. B. die Frage, „ob eine Rente zur Zeit ruht oder nicht". Wenn sich nun unter ihnen auch einige Fragen befinden, die über den Umfang der vom Versicherungsamte kraft Gesetzes anzustellenden Ermittlungen herausgehen, so muß man, zumal es im Interesse der Kontrolle nicht unwichtig ist, das Ergebnis der veranstalteten Prüfung der Grundlagen schriftlich festzulegen, auch hier zu dem Ergebnis kommen, daß die Ausfüllung der Fragebogen eigene Sache des Versicherungsamtes und keine Rechtshilfe ist, daß daher die Kosten hierfür ebenfalls den Staat oder die Gemeinde treffen.

3. Formulare zu Anträgen auf Uebernahme eines Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt. Hier sind Fragen zu beantworten, auf Grund deren die Versicherungsanstalt feststellen will, ob sie das Heilverfahren übernehmen oder ablehnen soll. Alle diese Ermittlungen sind Sache der Versicherungsanstalt (§ 1269 RVO.). Die Erledigung der Anträge auf Heilverfahren, die viele und umfangreiche Arbeit verursacht, ist daher Rechtshilfe im Sinne der §§ 115 und 117 RVO.

Zu II. — Ueber den Begriff „bare Auslagen" sind schon früher Zweifel entstanden. In einer Anweisung des Reichsversicherungsamtes vom 12. November 1891 ist bestimmt, daß zu den baren Auslagen in der Regel nur diejenigen zu rechnen seien, die den Behörden neben ihren sonstigen dienstlichen Aufwendungen erwachsen und die sofort liquidiert werden können, nicht dagegen ein Anteil an den Kosten für Schreibmaterial oder für ständige Bureau- und Kanzleihilfsarbeiter. Aehnliche Bestimmungen hat sich auch die Verfügung des Ministers des Innern vom 11. Oktober 1912 über den Ersatz der Kosten im Spruchverfahren zu eigen gemacht. Es wird sich daher auch hier bei dem Ersatz der baren Auslagen in der Hauptsache um Ersatz von Porto und Kanzleikosten handeln. Das Gehalt eines Beamten kann nur dann in Frage kommen, wenn das Versicherungsamt gerade mit Rücksicht auf die Ersuchen im Rechtshilfeverfahren einen neuen Beamten anstellen muß. Dies wird aber bei den meisten Versicherungsämtern kaum in Erscheinung treten.

Aus den fortwährenden Buchungen der kleinen Beträge für Porto und Kanzleikosten wird für die hiermit betrauten Beamten eine ungeheure Mehrarbeit verursacht werden. Es dürfte sich daher für die Stadtgemeinde sehr empfehlen, mit den Versicherungsträgern hierfür eine jährliche Pauschalsumme zu vereinbaren.

(E. W). **In welchem dienstlichen Verhältnis steht das Versicherungsamt eines preußischen Landkreises zu den Polizei- und Gemeindebehörden seines Bezirkes?**

Wie die Rundfrage eines Bürgermeisters ergibt, ist der Vorsitzende eines Versicherungsamtes der Ansicht, daß er Vorgesetzter und Aufsichtsbehörde der Polizeibehörden sei, dementsprechend Verfügungen und Anordnungen erlassen könne, auch glaube, mit Disziplinarstrafen gegen den Bürgermeister vorgehen zu können.

Bei den vielfachen Beziehungen der Versicherungsämter zu den Polizei- und Gemeindebehörden erscheint allgemein eine Klarstellung erwünscht, in welchem dienstlichen Verhältnisse der Vorsitzende des Versicherungsamtes zu diesen Behörden steht. Als zweifelhaft kann die Rechtslage eigentlich nicht betrachtet werden und wenn der eingangs erwähnte Versicherungsamtsvorsitzende tatsächlich die bezeichnete Auffassung vertreten haben sollte, so müßte dies Befremden erregen.

Das wesentliche Merkmal bei der Beurteilung der Frage dürfte der Umstand sein, daß im allgemeinen die Versicherungsämter keine selbständigen Behörden bilden, sondern nur Abteilungen der betreffenden Verwaltungsbehörden sind (§ 36 RVO.). So sind in Preußen in der Regel die Versicherungsämter, in den Stadtkreisen Abteilungen der Gemeindebehörden, in den Landkreisen Abteilungen der Landratsämter. Bereits dieser Mangel einer selbständigen Stellung ergibt, daß das Versicherungsamt als solches und sein Vorsitzender gegenüber den Polizei- und Kommunalbehörden keine übergeordnete Stellung einnehmen können und daß dementsprechende Befugnisse nur denjenigen Behörden zukommen, die nach den allgemeinen Grundsätzen des Staats- und Verwaltungsrechts als Aufsichtsbehörde der Polizei- und Kommunalbehörden gelten. So ist beispielsweise im Rahmen der Landgemeindeordnung für die sieben östlichen Provinzen der Monarchie vom 3. Juli 1891 für die ländliche Gemeindebehörde der Landrat als Vorsitzender des Kreisausschusses Aufsichtsbehörde (§ 139 a. a. O.) und nur in dieser Eigenschaft kann er auch Aufsichtsbefugnisse gegenüber der Gemeindebehörde in bezug auf die ihr nach der Reichsversicherungsordnung obliegenden Aufgaben wahrnehmen. Daß der Landrat nun zugleich Vorsitzender des Versicherungsamts ist, ist hierbei an sich belanglos; ein praktisch wichtiger Unterschied tritt ein wenn ein Stellvertreter im Versicherungsamt den Vorsitz führt (§ 39 RVO.). Hier würde dieser nur insoweit zu Aufsichtsbefugnissen berechtigt sein, als er auch zur Vertretung des Landrats befugt ist.

In bezug auf die Behörde einer zu einem Landkreise gehörigen Stadt, bedarf es der Feststellung, ob die Aufgaben, die ein Einschreiten der Aufsichtsbehörde erfordern, Obliegenheiten der Gemeindebehörde (des Magistrats) oder der Ortspolizeibehörde (der städtischen Polizeiverwaltung) sind. Aufgabe der Gemeindebehörde ist beispielsweise die Entgegennahme der Nachweise von Tätigkeiten bei dem nicht gewerbsmäßigen Halten von Reittieren und Fahrzeugen (Erlaß vom 24. Mai 1912 HMBl. S. 297); zu den Obliegenheiten der Ortspolizeibehörde gehört die Unfalluntersuchung (§ 1559 RVO); bei der Vorbereitung der Rentenanträge kann das Versicherungsamt die Gemeinde- oder Ortspolizeibehörde heranziehen (Erlaß vom 29. September 1912 HMBl. S. 472). Je nachdem es sich also um Obliegenheiten der Gemeindebehörde oder der Polizeibehörde handelt, ergibt sich, welche Behörde als Aufsichtsbehörde angesehen werden kann. Im Geltungsbereich der Städteordnung für die östlichen Provinzen der Preußischen Monarchie vom 30. Mai 1853 ist für die Gemeindebehörde (den Magistrat) der Regierungspräsident Aufsichtsbehörde (§ 76 a. a. O., § 7 Zuständigkeitsgesetzes vom 1. September 1883); für das Gebiet der Polizeiverwaltung ist in kreisangehörigen Städten der Landrat Aufsichtsbehörde (§ 35 d. Verordnung vom 30. April 1815 GS. S. 85, § 77 Kreisordnung vom $\frac{\text{13. Dezember 1872}}{\text{19. März 1881}}$, Bek. des OVG. vom 17. Dezember 1887, Entsch. XVI S. 404).

Die obigen Ausführungen dürften nachweisen, daß der Vorsitzende des Versicherungsamtes als solcher gegenüber den Polizei- und Kommunalbehörden keine Aufsichtsbefugnisse hat. Will man ein Ordnungsverhältnis zwischen diesen Behörden konstruieren, so kann man sie

Digitized by Google

nur als gleichgestellte betrachten. Für den dienstlichen Verkehr weist § 115 RVO. (Rechtshilfepflicht) den richtigen Weg.

(Jbl.) **Quittungsleistung in der Angestelltenversicherung.**

Es sind in der Praxis Zweifel darüber entstanden, über welchen Betrag in der Versicherungskarte des Angestellten vom Arbeitgeber Quittung zu leisten ist, ob über den vollen gesetzlichen Beitrag zur Versicherung, oder nur über den Beitragsteil des Angestellten.

Das Angestelltenversicherungsgesetz sieht in § 183 ff. die Quittungsleistung durch Marken — wie bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung — vor. Es heißt dort (§ 183): „Ueber eingezahlte Beiträge wird durch Marken quittiert, welche die Reichsversicherungsanstalt für jede Gehaltsklasse an die Beitragsstelle überweist."

Durch Bekanntmachung des Direktoriums des Reichsversicherungsamts vom 24. Mai 1912 Reichs- und Staatsanzeiger vom 25. Mai 1912) ist dann aber das Beitragsverfahren wesentlich geändert worden. An Stelle der Beitragsentrichtung durch Quittungsmarken ist für Angestellte, die bei einem einzigen Arbeitgeber einen vollen Beitragsmonat beschäftigt waren, die Einzahlung des Beitrages mittels Postschecks zugelassen. Diese Bekanntmachung sagt unter

A. 4. „Als Quittung über eingezahlte Beiträge dient dem Arbeitgeber an Stelle der Marken der ihm verbleibende Abschnitt der Zahlkarte oder die ihm erteilte Nachricht über die Belastung seines Kontos.

5. Dem Angestellten dient als Quittung über die Zahlung seines Beitragsteiles an den Arbeitgeber an Stelle der Marken eine in die Versicherungskarte einzutragende Bescheinigung des Arbeitgebers. Diese hat handschriftlich oder durch Stempel den jeweiligen Beitragsmonat, den fälligen Beitrag und bei jedem Beitrag den Namen des Arbeitgebers zu enthalten; sie ist vom Arbeitgeber sofort nach der Einzahlung des Beitrages auszustellen."

Aus den Worten „über die Zahlung seines Beitragsteiles" ist vielfach gefolgert worden, daß der Arbeitgeber in der Versicherungskarte dem Angestellten nur die Zahlung der auf diesen entfallenden Beitragshälfte zu vermerken habe. Es muß zugegeben werden, daß aus dem mitgeteilten Wortlaute der Bekanntmachung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte man sehr leicht zu einer solchen Auffassung kommen kann. Verschiedene Firmen haben auch tatsächlich nur die von ihren Angestellten entrichtete Beitragshälfte in den Versicherungskarten vermerkt.

Eine solche Auslegung der Bekanntmachung entspricht aber nicht dem Zwecke der Abänderungsvorschrift. Das Gesetz bestimmt, daß über die „eingezahlten Beiträge", also unzweifelhaft über die vollen gesetzlichen Arbeitgeber- und Versichertenbeiträge, durch Marken quittiert wird. Nun ist lediglich zur Vereinfachung des Verfahrens an Stelle der Marken unter genau bestimmten Voraussetzungen die Barzahlung (durch Postscheck) zugelassen worden, folglich ist in die Versicherungskarte, die ja ursprünglich die Marken aufnehmen sollte, mangels einer anderen Vorschrift auch der volle Versicherungsbeitrag einzutragen. Die Versicherungskarte ist für den Angestellten der Ausweis darüber, daß für seine Versicherung der volle gesetzliche Beitrag ordnungsmäßig entrichtet worden ist, nicht nur darüber, daß der Arbeitgeber ihm regelmäßig den Arbeitnehmerbeitrag vom Lohn oder Gehalt abgezogen hat.

Der Rentenausschuß der Angestelltenversicherung zu Berlin hat hierüber auf Anfrage folgenden Bescheid erteilt:

„In der Versicherungskarte ist der volle eingezahlte Beitrag nicht nur die Arbeitnehmerhälfte, zu vermerken.

Ziff. A. 5, der Bekanntmachung, betreffend die Beitragsentrichtung für die Angestelltenversicherung vom 24. Mai 1912 handelt allerdings nur von den Beitragsteilen, die der Arbeitnehmer entrichtet hat; nur bezüglich dieser tragen die Einträge in der Versicherungskarte die Natur einer Quittung, während ihnen bezüglich der Arbeitgeberbeiträge lediglich die Bedeutung der einer Versicherung des Arbeitgebers über die erfolgte Beitragsentrichtung zukommt."

Hierdurch dürften alle Zweifel beseitigt sein.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Krankengeld für den ersten Tag der Arbeitsunfähigkeit.

1. Nach Merseburg. Frage: Wir wollen in unsere Krankenordnung folgenden Satz aufnehmen: „Der Tag der Krankmeldung beim Kassenarzt gilt als Tag der Erkrankung, wenn die Erwerbsunfähigkeit bis mittags 12 Uhr eingetreten ist und ein früherer Beginn der Erwerbsunfähigkeit nicht nachgewiesen werden kann." — Dieser Satz befindet sich auch in einer bereits genehmigten Krankenordnung einer andern Kasse. Es erhoben sich aber Bedenken, ob dies richtig sei, und es wurde behauptet, wenn die Erwerbsunfähigkeit erst am Nachmittage eintrete, so habe der Arbeiter, auch falls er bis zum Nachmittag gearbeitet habe, für diesen Tag Krankengeld zu verlangen.

Antwort: Es ist unbegreiflich, wie eine so offenkundig ungesetzliche Bestimmung (die überdies doch nicht in die Krankenordnung, sondern, weil sie sich auf die Ansprüche der Mitglieder bezieht, in die Satzung gehören würde) genehmigt werden konnte. Zunächst sind hier schon „Erkrankung" und „Erwerbsunfähigkeit" durcheinander gewirrt, während sie doch zweierlei sind. Ferner ist die Absicht der Vorschrift nach ihrer Fassung gänzlich unklar, und es läßt sich nur vermuten, daß durch die Vorschrift der Beginn des Krankengeldbezugs geregelt werden soll. Darüber hat aber nicht die Kasse, sondern nur das Gesetz zu bestimmen. Von der Krankmeldung kann nach dem Gesetze der Anspruch niemals abhängig gemacht werden. Es kommt nur darauf an, ob der Versicherte an dem einzelnen Tage tatsächlich arbeitsunfähig war. Den Fall,

Digitized by Google

daß die Arbeitsunfähigkeit erst im Laufe eines Arbeitstages eintritt, regelt das Gesetz allerdings nicht besonders. Das Preuß. Oberverwaltungsgericht hat aber angenommen, daß das Krankengeld für diesen Tag auch dann voll zu zahlen ist, wenn die Erwerbsunfähigkeit erst nach Schluß der Tagesarbeit eingetreten ist, so daß der Versicherte noch den vollen Lohn für diesen Tag verdienen konnte (vgl. Gründe der Entsch. vom 3. Januar 1907, Arb.-Versorgg. 1907 S. 280). Dies erscheint freilich nicht unbedenklich (vgl. Arb.-Versorgg. 1909 S. 101 Ziff. 6); aber jedenfalls trifft die Entscheidung dann zu, wenn die Erwerbsunfähigkeit vor dem Ende der Arbeitszeit eingetreten ist.

Begründung des Antrags eines Ersatzkassenmitgliedes auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten.

2. **Nach Bonn.** Frage: Nach § 519 Abs. 1 RVO. können Versicherungspflichtige, welche Mitglieder einer Ersatzkasse sind, beim Eintritt in die gesetzliche Krankenkasse oder spätestens am zweiten Zahltage darauf bei dem Vorstand der Krankenkasse den Antrag stellen, daß ihre eigenen Rechte und Pflichten als Mitglieder der Kasse ruhen; „dabei" haben sie den Nachweis der Zugehörigkeit zu der Ersatzkasse zu führen. Ist nun die Krankenkasse berechtigt, wenn der Nachweis nicht alsbald bei Stellung des Antrages, aber noch innerhalb der Frist bis zum zweiten Zahltage erbracht wird, die vollen Beiträge bis zu dem Tage des Nachweises zu fordern?

Antwort: Ja! Denn die Fassung der Vorschrift läßt klar erkennen, daß der Nachweis einen wesentlichen Bestandteil des Antrages selbst bildet, so daß dieser irgendwelche Rechtswirkungen nicht erzeugen kann, solange der Nachweis fehlt.

Begründung des Anspruchs auf Sterbegeld.

3. **Nach Essen-Ruhr.** Frage: Im Februar 1912 starb die Frau eines Mitgliedes. Sie lebte nicht mit ihrem Manne, sondern mit einem Liebhaber zusammen. Dieser hat die Begräbniskosten bezahlt. Nach Ablauf von 16 Monaten beansprucht der Ehemann jetzt das Sterbegeld mit der Begründung, der Liebhaber habe die Sachen der Frau (Möbel usw.), die auf seine Kosten angeschafft waren, verkauft. Der Vorstand hat beschlossen, dem Ehemann das Sterbegeld nicht auszuzahlen, da er keinerlei direkte Ausgaben wegen des Todes gehabt hat. Kann die Kasse irgendwie zur Zahlung gezwungen werden?

Antwort: Nein! Nur ein etwaiger Ueberschuß des Sterbegeldes über die tatsächlich entstandenen Begräbniskosten würde dem Ehemann gebühren (§ 20 Abs. 4 KVG., vgl. § 203 RVO.). Daß ein solcher verblieben ist, würde der Mann zur Begründung seines Anspruchs nachzuweisen haben. Daß der Liebhaber Sachen verkauft hat, die der Ehemann angeschafft hatte, würde diesen nur berechtigen, den Liebhaber in Anspruch zu nehmen.

Zur Aufstellung von Dienstordnungen der Krankenkassen.

4. **Nach Eisenach.** Antwort: Unsere Auskunft S. 648 Ziff. 13, daß die Dienstordnungen schon „jetzt" aufzustellen sind, will selbstverständlich nur besagen, daß sie rechtzeitig vor dem 1. Januar 1914 aufgestellt werden müssen (vgl. S. 408 Ziff. 12 und S. 502). Bis dahin werden wohl auch amtliche Musterdienstordnungen, soweit der Erlaß solcher überhaupt beabsichtigt ist, vorliegen. Aber die Pflicht der Kassen ist davon unabhängig.

Regelung der Verhältnisse der Sektionen von Krankenkassen.

5. **Nach Br.** Antwort: Wir können lediglich auf § 415 Abs. 2 RVO. verweisen, wonach alles Nähere über die Sektionen durch die Satzung zu bestimmen ist. Die Satzung aber kann alle Fragen, betreffend die Sektionen, ganz nach freiem Ermessen regeln, sofern nur nicht gegen gesetzliche Vorschriften verstoßen oder etwas bestimmt wird, was nicht im Zwecke der Kasse liegt (§ 323). Wegen bloßer Unzweckmäßigkeit darf bekanntlich die Genehmigung von Satzungsbestimmungen nicht versagt werden (§ 324 Abs. 2). Ihre Fragen aber sind keine Rechtsfragen, sondern reine Fragen der zweckmäßigen Verwaltung.

Keine Erstattung von Invalidenbeiträgen für nach dem 31. Dezember 1911 Verstorbene.

6. **Nach Detmold.** Antwort: Die Landesversicherungsanstalt hat Recht, und wir wüßten nicht, worauf eine abweichende Ansicht gegründet werden könnte. Der § 44 IVG., wonach der Witwe eines verstorbenen Versicherten unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf Erstattung der halben Beiträge zustand, ist durch die Reichsversicherungsordnung grundsätzlich beseitigt. Nach Art. 75 Abs. 2 Einf.Ges. zur RVO. gilt § 44 IVG. nur noch für die Erstattung der Beiträge von Personen, die vor dem 1. Januar 1912 gestorben sind, für später Gestorbene also schlechthin nicht, auch dann nicht, wenn der Versicherte schon vorher invalide gewesen war und Rente für sich hätte beanspruchen können, aber nicht beansprucht hatte. Das ergibt sich, wenn nach dem Wortlaute des Gesetzes ein Zweifel überhaupt aufkommen könnte, ganz klar aus der Begründung (S. 42 zu Art. 65 des Entw.), wo es heißt: „Während die Beitragserstattung nach dem Inkrafttreten der Hinterbliebenenversicherung allgemein auszuschließen ist . . ., wird den beim Inkrafttreten der neuen Versicherung bereits entstandenen Erstattungsansprüchen zum Teil noch Folge zu geben sein . . ." Der Erstattungsanspruch entsteht aber nach § 44 IVG. mit dem Tode des Versicherten und ist daher nach Art. 75 Abs. 2 Einf.Ges. ausgeschlossen, wenn der Tod erst unter der Herrschaft des neuen Rechts eingetreten ist. Daß hierüber abweichende Meinungen zutage getreten wären, ist uns nicht bekannt geworden.

Heilverfahren der Versicherungsanstalt; Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse.

7. **Nach Hannover.** Antwort: Nach § 1269 RVO. genügt die infolge einer Erkrankung „drohende" Invalidität zur Einleitung eines Heilverfahrens durch die Versicherungsanstalt. Diese Voraussetzung erscheint durch das ärztliche Zeugnis hinreichend glaubhaft gemacht. Denn dieses besagt, daß der Versicherte bei seiner Aufnahme zwar „nicht völlig" arbeitsunfähig war, daß aber die Befürchtung vorlag, daß er bei Fortsetzung seiner Berufstätigkeit seinen Zustand verschlimmert haben würde. Das kann nichts anderes bedeuten, als daß die einstweilen noch nicht vorliegende „völlige" Erwerbsunfähigkeit sei (vgl. die Entscheidungen in Arb.-Versorgg. 1908 S. 194, 1909 S. 452). Die gleiche Besorgnis begründet aber nach anerkannter Rechtsprechung auch Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes und somit den Anspruch auf Krankengeld. Daher ist die Ersatzpflicht der Kasse gegenüber der Versicherungsanstalt nach § 1518 RVO. begründet.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat J. **Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **21. Oktober 1913.**

Redaktion:	Nr. 30	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Neuerungen im Verfahren der Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung.

Von Verwaltungsdirektor **Lohmar** in Köln.
Syndikus der Rheinischen Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen [1]).

Verhältnismäßig am wenigsten ist die Unfallversicherung beteiligt an den Aenderungen, die das große Werk der Reichsversicherungsordnung für die deutsche Arbeiterversicherung brachte. Besonders auf dem Gebiete des materiellen Rechts sind die Aenderungen, so gewiß sie nicht gleichgültig sind und eine nicht unerhebliche Mehrbelastung verursachen, nicht von sonderlich einschneidender Bedeutung. Anders auf dem Gebiete des Verfahrens, das zwar nicht die von der Reichsregierung zunächst beabsichtigte folgenschwere Umwälzung, aber doch zahlreiche Aenderungen von zum Teil wesentlicher Bedeutung erfahren hat. Diese Aenderungen sollen vorwiegend unter dem Gesichtswinkel des Interesses, das sie für die Praxis der Unfallversicherung haben, näher dargelegt werden.

Die Reichsversicherungsordnung behandelt das Verfahren in ihrem 6. Buche. Indes finden sich auch in anderen Büchern, so für die Unfallversicherung im 1., 3. und 5. Buche, Vorschriften, die für das Verfahren wesentlich sind. Auch manche Vorschriften, die mittelbar oder unmittelbar materielles Recht schaffen, betreffen zugleich im weiteren Sinne das Verfahren. Auf derartige Vorschriften soll aber nicht eingegangen werden, schon um der Schwierigkeit willen, die die Abgrenzung von materiellrechtlichen und Verfahrensvorschriften in diesem Sinne macht, aber auch wegen der Unmöglichkeit, dem Gegenstande des Vortrags in so erweiterter Auffassung in der zur Verfügung stehenden Zeit gerecht zu werden. Ich beschränke mich daher auf den Inhalt des 6. Buches der Reichsversicherungsordnung mit der selbstverständlichen Maßgabe, daß Bestimmungen aus anderen Büchern berücksichtigt werden, soweit sie zum Verständnis des 6. Buches heranzuziehen sind. Auch bei dieser Beschränkung wird nicht Vollständigkeit angestrebt. Manche für die Praxis minderwichtige Aenderungen sollen ganz unerörtert bleiben, andere nur andeutungsweise behandelt werden.

Die Reichsversicherungsordnung unterscheidet beim Verfahren zwischen der Feststellung durch die Versicherungsträger und dem von den Versicherungsbehörden durchzuführenden Spruch- und Beschlußverfahren. Dem Spruchverfahren ist vor allem die Feststellung der Leistungen

[1]) Nach einem im zweiten Fortbildungskursus der Kölner Hochschule für kommunale und soziale Verwaltung gehaltenen Vortrage, der demnächst mit den anderen Vorträgen zusammen in einem Band im Verlage von J. C. B. Mohr (P. Siebeck, Tübingen unter dem Titel: Die Praxis der kommunalen und sozialen Verwaltung erscheinen wird).

Digitized by Google

beim Streit zwischen Versicherungsträger und Berechtigten vorbehalten; es findet aber auch Anwendung bei anderen Ansprüchen, vor allem bei Ersatz- und Erstattungsansprüchen. Im Beschlußverfahren dagegen werden Fragen verwaltungsgerichtlicher Art entschieden; es handelt sich in der Hauptsache um Prämien- und Gefahrtarifbeschwerden, Kataster- und Strafbeschwerden u. dgl. So gliedern sich die Vorschriften des 6. Buches in systematischer Weise in die Hauptabschnitte A. Feststellung der Leistungen, B. Andere Spruchsachen, C. Beschlußverfahren, um dann in einem weiteren Abschnitt D. Kosten und Gebühren zu behandeln. Wie sehr dabei die Feststellung der Leistungen im Vordergrund steht, ergibt sich schon daraus, daß ihr von den 261 Paragraphen des 6. Buches 226 gewidmet sind.

An der Spitze der Bestimmungen über die Feststellung durch die Versicherungsträger stehen diejenigen über die „Einleitung des Verfahrens". Sie halten daran fest, daß die Leistungen aus der Reichsversicherung auf dem Gebiete der Unfallversicherung — und nur auf diesem — von Amts wegen, im übrigen nur auf Antrag festzustellen sind, und bestimmen dann näheres über die Verjährung des Entschädigungsanspruchs in solchen Fällen, in denen die Unfallentschädigung nicht von Amts wegen festgestellt wurde, sei es, daß der Versicherungsträger keine Kenntnis von dem Unfalle erhielt, sei es, daß dem Versicherungsträger die Voraussetzungen für die Entschädigung nicht vorzuliegen schienen. Hier bringt das neue Recht nun, abgesehen von einer Erleichterung für die Hinterbliebenen eines Versicherten, der auf einem untergegangenen oder verschollenen Schiffe gefahren ist, einige wesentliche Aenderungen. Bisher war nach zwei Jahren nur dann einem Entschädigungsanspruche stattzugeben, wenn erst nach dieser Zeit eine neue Folge des Unfalles bemerkbar geworden oder aber eine Verschlimmerung in der Art eingetreten war, daß es sich, um ein „nach Erscheinungsform, Art oder Natur wesentlich neues Krankheitsbild" handelte. Jetzt dagegen kann gemäß § 1546 Abs. 2 RVO. der Entschädigungsanspruch nach Ablauf der Verjährungsfrist auch dann noch geltend gemacht werden, wenn eine innerhalb der Frist eingetretene Folge erst nach Ablauf der Frist in wesentlich höherem Maße bemerkbar geworden ist, wenn auch in allmählicher, gleichmäßiger Entwicklung des Leidens. Diese Bestimmung ist nicht unbedenklich. Es gibt zahlreiche Leiden, die nur ausnahmsweise durch einen Unfall hervorgerufen oder verschlimmert werden, in der Regel aber ohne Mitwirkung eines Unfalles entstehen oder verlaufen. In solchem Falle ist der Zusammenhang mit einem Unfalle meist schwer zu erweisen, um so schwerer, je länger der angeschuldigte Unfall zurückliegt. Bisher konnte in solchen Fällen, wenn der Entschädigungsanspruch mehr als zwei Jahre nach dem Unfalle erhoben wurde, in der Regel mit Erfolg der Einwand der Verjährung erhoben werden. Künftig wird der Versicherte den Anspruch noch nach vielen Jahren geltend machen können, wenn er nur in der Lage ist, wahrscheinlich zu machen, daß in den letzten drei Monaten vor Erhebung des Anspruchs eine Verschlimmerung des Leidens eingetreten ist. Damit ist der nachträglichen Konstruktion des Zusammenhangs von Leiden mit Betriebsunfällen Tür und Tor geöffnet. Noch mehr gilt das für die weitere Neuerung, wonach für den Entschädigungsanspruch der Hinterbliebenen auch dann mit dem nachträglichen Tode des Verletzten eine Verjährungsfrist von zwei Jahren beginnt, wenn der Verletzte aus Anlaß des Unfalles eine Entschädigung nicht erhalten hat (§ 1548). Stirbt beispielsweise ein früherer Versicherter, der nie eine Unfallentschädigung bezogen, vielleicht nie daran gedacht hat, sein Leiden mit einem Betriebsunfall in Zusammenhang zu bringen, an Lungenschwindsucht, so können die Hinterbliebenen mit der Behauptung, daß der Verstorbene sechs oder zehn Jahre vorher im versicherten Betriebe eine Brustquetschung erlitten und daß diese den Anstoß zu dem Lungenleiden gegeben habe, Entschädigung beanspruchen. Wie wenig zuverlässig Feststellungen über Vorgänge sind, die so lange Zeit zurückliegen, bedarf nicht der Darlegung.

Eingeleitet wird das Entschädigungsverfahren, wie bisher, in der Regel mit der Unfallanzeige. Diese kann jetzt auch mündlich erfolgen (§ 1553). Besondere Bestimmungen sind getroffen für die Anzeige von Unfällen, die sich auf der Reise oder im Auslande ereignen (§ 1553). Sonst ist nichts wesentliches geändert. Das Muster für die Unfallanzeige stellt, wie bisher, das Reichs-

Digitized by Google

versicherungsamt fest (§ 1555). Das die Neuerungen der Reichsversicherungsordnung berücksichtigende neue Muster liegt seit einiger Zeit vor. Es weist dem bisherigen Muster gegenüber fast in allen Teilen wesentliche Verbesserungen auf und vermittelt zugleich glücklich zwischen den Forderungen möglichster Gründlichkeit und angemessener Beschränkung auf das Notwendige. Vor allem sind die Fragen, die sich auf die Art und die voraussichtlichen Folgen der Verletzung beziehen (4a bis d) auf Grund der Erfahrungen der Versicherungsträger vervollkommnet worden. Die Frage, ob der Unfall voraussichtlich eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit von mehr als dreizehn Wochen zur Folge haben werde, ist mit Recht fallen gelassen. An ihre Stelle ist die Frage getreten, ob die Verletzung eine schwere sei; was darunter zu verstehen ist, wird durch einen Klammerzusatz (entzündete Wunden, Knochenbrüche, Ausrenkungen, Verstauchungen und Quetschungen großer Gelenke, innere Verletzungen, ausgedehnte Brandwunden, Augenverletzungen, Milzbrand u. dgl.) erläutert (4b III). Die Beantwortung soll, wenn möglich, nach dem Krankenschein oder den Angaben des Arztes erfolgen. Von ärztlicher Seite ist daraus gefolgert worden, man wolle die Einholung ärztlicher Krankheitsberichte umgehen und an ihre Stelle unentgeltliche Auskünfte der Aerzte setzen. Ganz abgesehen davon, daß man nicht die mindeste Veranlassung hat, dem Reichsversicherungsamte, das doch das Muster der Unfallanzeige feststellt, derartige Beweggründe zu unterstellen, ist jene Folgerung auch sachlich unrichtig. Selbst wenn der Versicherungsträger auf Grund der Angaben der Unfallanzeige über die Schwere der Verletzung in geeigneten Fällen sofort das Heilverfahren übernimmt, wird er meist von dem erstbehandelnden Arzte einen Krankheitsbericht einholen, um durch diesen den Arzt, der das weitere Heilverfahren leitet, zu unterrichten. Außerdem ist aber auch nicht zu ersehen, wie man in ärztlichen Kreisen zu der Auffassung gelangen konnte, der Arzt habe dem Unternehmer die für die Unfallanzeige erforderlichen Angaben unentgeltlich zu machen. Sache des Unternehmers ist es, sich die zur Erstattung der Unfallanzeigen notwendigen Unterlagen zu verschaffen; die hierdurch etwa entstehenden Kosten hat er zu tragen. Zweck der in Rede stehenden Frage ist lediglich die Beschleunigung der Unterrichtung des Versicherungsträgers über die Schwere der Verletzung. Die frühere Frage, ob der Verletzte trotz der Verletzung weiter arbeite, ist durch die bessere Frage (4d) ersetzt: „Hat der Verletzte die Arbeit sofort eingestellt oder wann (Tag und Stunde)?" Den Bestrebungen zur Vervollkommnung der Einrichtungen für die erste Hilfe bei Unfällen dient die Frage nach den in der ersten Hilfeleistung besonders ausgebildeten Laien (geprüfte Betriebshelfer, Sanitätskolonnen-Mitglieder, Heilgehilfen u. a.), die die erste Hilfe geleistet haben (5b III). Die Abgrenzung der Verletzungsfolgen von älteren, vom Unfalle unabhängigen Leiden wird durch die neue Frage: „Hatte der Verletzte vor dem Unfalle volle Arbeitskraft? wenn nicht, weshalb?" (6b) gefördert. Die Versicherungsträger werden endlich dem Reichsversicherungsamt Dank wissen für die neue Frage: „Wenn die Anzeige zu spät erstattet wird, weshalb geschieht dies?" (9b.)

Der Unfallanzeige folgt im Verlaufe des Entschädigungsverfahrens die Unfalluntersuchung. Die anfängliche Absicht, in voraussichtlich entschädigungspflichtigen Unfällen durch die untersuchende Polizeibehörde regelmäßig ein ärztliches Gutachten auf Kosten des Versicherungsträgers einziehen zu lassen, ist nicht verwirklicht worden. Dagegen wurden die Feststellungen, die die Unfalluntersuchung zu treffen hat, näher und vollständiger bezeichnet (§ 1565). Auch der Berechtigte kann jetzt die Untersuchung beantragen; das hat aber nicht unmittelbar bei der Polizeibehörde sondern bei dem Versicherungsamte zu geschehen, das die Ortspolizeibehörde ersuchen kann, dem Antrage zu entsprechen (§ 1559 Abs. 3). An der Untersuchung teilnehmen kann auch das Versicherungsamt (§ 1562); daß das wegen des damit verbundenen Aufwandes von Zeit und vielfach auch von Kosten nur ausnahmsweise geschehen wird, darf man voraussetzen. Der Verletzte oder seine Hinterbliebenen können an der Untersuchung nicht nur teilnehmen, sondern sich auch bei ihr vertreten lassen, ohne in der Bestimmung des Vertreters beschränkt zu sein (§ 1562); sie können auch einen Beistand zuziehen, jedoch mit der Beschränkung auf erwachsene Angehörige oder andere geeignete Personen, die das Verhandeln vor Behörden nicht geschäftsmäßig betreiben (§ 1563

Digitized by Google

Abs. 4). Die Berechtigten haben endlich gleich den Versicherungsträgern das Recht, die Zuziehung von Sachverständigen zu beantragen, müssen dann aber die Kosten tragen (§ 1564 Abs. 2). Die Polizei übersendet, wie bisher schon auf Grund ministerieller Bestimmung in Preußen, nach Abschluß der Untersuchung die Verhandlungen dem Versicherungsträger in Urschrift, nicht in Abschrift (§ 1567 Abs. 1). Das Reichsversicherungsamt kann nähere Bestimmungen über die Niederschrift der Untersuchungsverhandlungen erlassen (§ 1565). Es ist auch unter Benutzung von Mustern, die für die Untersuchung gewerblicher Unfälle in der Rheinprovinz und in Westfalen von den Herren Oberpräsidenten auf Antrag der in diesen Provinzen bestehenden berufsgenossenschaftlichen Vereinigungen pflichtig eingeführt sind, alsbald an die Ausarbeitung eines Musters für die Niederschrift der Untersuchungsverhandlungen herangegangen, hat aber wegen überwiegender Bedenken, die nicht näher bekannt geworden sind, zunächst davon abgesehen, von der gesetzlichen Befugnis Gebrauch zu machen. Daraufhin hat der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften die Sache in die Hand genommen, und es ist zu hoffen, daß es ihm gelingen wird, zu einem einheitlichen Muster für die Niederschrift der Untersuchungsverhandlungen, dessen Nützlichkeit von der Reichstagskommission besonders anerkannt worden ist, zu gelangen.

Zu den regelmäßig notwendigen Unterlagen für die Entschädigungsfeststellung gehört der Nachweis des von dem Verletzten verdienten Entgelts durch den Betriebsunternehmer. Mit Rücksicht auf die Zulassung der summarischen Nachweisung des Entgelts für die Beitragsberechnung (an Stelle des Nachweises für den einzelnen Versicherten) ist es für notwendig gehalten worden, den Unternehmer zu fortlaufenden Aufzeichnungen über den von den einzelnen Versicherten verdienten Entgelt zu verpflichten (§ 1581). Die neuen Bestimmungen über die Ermittlung des der Rentenberechnung zugrunde zu legenden Jahresarbeitsverdienstes gehören in das Gebiet des materiellen Rechts.

Nicht selten bedarf es über den Rahmen der polizeilichen Unfalluntersuchung hinaus der Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen. Man hat zu unterscheiden zwischen der uneidlichen und der eidlichen Vernehmung. Die uneidliche Vernehmung wird auf Grund der Rechtshilfe-Bestimmung des § 115 RVO. bei der Polizeibehörde oder dem Versicherungsamt nachgesucht, soweit der Versicherungsträger es nicht vorzieht, die notwendigen Feststellungen, wenn möglich, durch unmittelbare Befragung oder Vernehmung der beteiligten Personen zu treffen, was nicht selten am raschesten und gründlichsten zum Ziele führt. Nimmt er eine Behörde in Anspruch, so wird es sich im allgemeinen empfehlen, das Versicherungsamt anzugehen, da dieses — zum mindesten später, nach erfolgter Einarbeitung — als Spezialbehörde in der Regel sachverständiger vorgehen wird als die Polizeibehörde. Bei der Vernehmung sollte sich der Versicherungsträger nach Möglichkeit vertreten lassen; er allein vermag ganz zu übersehen, welcher Feststellungen es nach dem Laufe der Verhandlung, die nicht selten neues ergibt, zur Klärung der bestehenden Fragen und Zweifel bedarf. Das gilt selbstverständlich auch für die eidliche Vernehmung, um die in der Regel das Versicherungsamt und nur im Ausnahmefalle, wenn nämlich die Beweisaufnahme vor dem Versicherungsamt erheblichen Schwierigkeiten unterliegt oder wenn Gefahr im Verzuge ist, das Amtsgericht zu ersuchen ist (§ 1571 Abs. 2). Um eidliche Vernehmung darf der Versicherungsträger nur ersuchen, wenn er die Vereidigung für notwendig hält, um eine wahre Aussage herbeizuführen (§ 1571 Abs. 3). Ob diese Voraussetzung zutrifft, entscheidet allein der Versicherungsträger; die ersuchte Stelle hat nicht das Recht der Nachprüfung. Besondere Bestimmungen sind über die Verweigerung der Aussage getroffen (§§ 1574 ff). Verweigert der Unternehmer den Zutritt zur Betriebsstelle zwecks Einnahme des Augenscheins, so entscheidet das Versicherungsamt, ob und in welcher Weise der Augenschein stattfinden soll (§ 1580). Es kann die Augenscheinseinnahme selbst vornehmen und sich dabei der Mitwirkung der Polizeibehörde bedienen oder auch diese um die Augenscheinseinnahme ersuchen.

Unverändert geblieben sind die Bestimmungen über die Anhörung des behandelnden Arztes vor der Entschädigungsfeststellung (§ 1582). Die Verpflichtung hierzu beschränkt sich nach wie vor auf die Fälle,

Digitized by Google

in denen auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente gewährt werden soll. Nicht hierhin gehören also die Fälle, in denen die Entschädigung nicht auf Grund eines ärztlichen Gutachtens, sondern aus anderen Erwägungen abgelehnt werden soll (z. B. weil überhaupt kein Unfall oder kein Unfall beim Betriebe vorliegt), ferner die Fälle, in denen die Vollrente gewährt wird, und endlich die Fälle, in denen zwar eine Teilrente gewährt, diese aber nicht auf Grund ärztlicher Beurteilung, sondern auf Grund des Augenscheins, etwa in Verbindung mit den Ermittlungen über die tatsächlichen Arbeits- und Lohnverhältnisse, festgestellt wird. Die letztgenannten Fälle sollten aber zu den Ausnahmen gehören.

Die Feststellung der Unfallentschädigung ist auch in der Unfallversicherung dem Versicherungsträger verblieben. Zwar hatte der im Jahre 1909 veröffentlichte Vorentwurf zur Reichsversicherungsordnung nicht dem Versicherungsträger, sondern dem Versicherungsamt die Entscheidung über Herabsetzung, Aufhebung oder Einstellung von Entschädigungsleistungen zugedacht und dem Versicherungsamt auch eine weitgehende Mitwirkung in dem Verfahren zur erstmaligen Entschädigungsfeststellung zugewiesen. Der einmütige Widerstand der Berufsgenossenschaften hatte aber zur Folge, daß der zweite Entwurf (von 1910) den Versicherungsträgern allgemein die Feststellung der Unfallentschädigungen beließ; das Versicherungsamt sollte aber nach diesem Entwurf auch für die Unfallversicherung die erste Rechtsmittelinstanz sein. Auch hiergegen wehrten sich die Berufsgenossenschaften mit Erfolg. Die Reichsregierung bestand nunmehr darauf, daß folgende Forderungen unter allen Umständen durch die Reform erfüllt werden müßten: Das Reichsversicherungsamt müsse durch Fortfall oder Einschränkung des Rekurses entlastet und der Versicherte für die ihm damit genommene Instanz durch Erweiterung seiner Rechte in dem früheren Verfahren entschädigt, auch in die Lage gebracht werden, seine Wünsche, Behauptungen und Beweismittel rechtzeitig, d. h. vor der Entscheidung durch den Versicherungsträger, zur Geltung zu bringen.

Waren diese Forderungen begründet? Es ist auch für den rückschauenden Betrachter von Interesse, sich diese Frage vorzulegen.

Der Berechtigte soll unter dem bisherigen Verfahren im allgemeinen keine genügende Kenntnis von den Unterlagen der Entschädigungsfeststellung erhalten haben und daher nicht in der Lage gewesen sein, dem Versicherungsträger gegenüber seinen Anspruch ausreichend zu vertreten. Wie reimt es sich damit zusammen, daß trotz der vollständigen Form- und Kostenlosigkeit des Verfahrens nur rund ein Sechstel der Entscheidungen der Versicherungsträger angegriffen und in der ersten Instanz, also von den unter Mitwirkung von Vertretern der Versicherten urteilenden Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung nur rund ein Viertel der angegriffenen Entscheidungen, also nur rund 4% der gesamten Entscheidungen der Versicherungsträger abgeändert wurden? Bei Berücksichtigung der zweiten Instanz, der Rekursinstanz (Reichsversicherungsamt) ist das Verhältnis noch günstiger für die Versicherungsträger. Der Berechtigte kann in dem Verfahren vor dem Versicherungsträger unmöglich so schlecht weggekommen sein wie man unterstellt, wenn von 100 Entscheidungen der Versicherungsträger 96 entweder überhaupt nicht angefochten wurden oder bei Nachprüfung in zwei, vom Standpunkte des Berechtigten gewiß einwandfreien Rechtsmittelinstanzen bestätigt werden mußten. Man hätte gewiß alle billigen Anforderungen erfüllt, wenn bestimmt worden wäre, daß auf Antrag der Versicherungsträger vor der Entscheidung mündlich mit dem Berechtigten zu verhandeln verpflichtet sei. Das Einschieben des Versicherungsamtes in den Gang des Entschädigungsverfahrens hat — das läßt sich jetzt schon sagen — eine erhebliche Vergeudung von Zeit, Kraft und Geld zur Folge und befriedigt auch das Versicherungsamt selbst, das keine Entscheidung zu treffen hat, nicht.

Die zweite Forderung, der Rekurs müsse fortfallen oder eingeschränkt werden, wurde mit der Ueberlastung des Reichsversicherungsamtes und der drohenden Gefährdung der Rechtseinheit begründet. Der Ueberlastung hätte sich durch Einführung weiterer Rekurssenate abhelfen lassen. Die Gefährdung der Rechtseinheit aber wird beim Fortfall oder der Einschränkung des Rekurses größer, nicht geringer.

Indes, der Reichstag erkannte die Forde-

Digitized by Google

rungen der Reichsregierung grundsätzlich an. Der Rekurs wurde aber nicht beseitigt, sondern nur eingeschränkt. Er wurde insbesondere auch nicht durch die Revision ersetzt. Diese ist übrigens so, wie sie beabsichtigt war, nämlich im Sinne der Revision in der Invalidenversicherung, keineswegs das wenig weittragende Rechtsmittel, das wir aus dem bürgerlichen und dem Strafrecht kennen. Sie findet statt, nicht nur wenn das angefochtene Urteil auf Nichtanwendung oder unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechts beruht, und bei wesentlichen Mängeln des Verfahrens, sondern auch, wenn das Urteil auf einem Verstoße wider den klaren Inhalt der Akten beruht. Letzteres wird angenommen beim völligen Uebergehen eines in bezug auf eine erhebliche Tatsache erhobenen Beweises, der eine entgegengesetzte Entscheidung hätte begründen können, ja selbst schon bei zu weitgehendem freien Ermessen des Gerichts; so ist z. B. die Nichtberücksichtigung der amtlichen Ermittlung eines Gendarmen oder einer Erklärung des Arbeitgebers des Versicherten über dessen Leistungen und Erwerbsfähigkeit, so ist ferner die Feststellung einer Tatsache ohne genügende Unterlage als Revisionsgrund anerkannt worden. Daß trotzdem die Versicherungsträger die Beibehaltung des Rekurses, selbst bei Einschränkung seiner Anwendbarkeit, vorzogen, liegt auf der Hand. Die Schwierigkeit bestand nun darin, in welcher Weise der Rekurs einzuschränken sei, ohne die Interessen der Beteiligten mehr als nötig zu verletzen. Die Regierung wollte den Rekurs nur für die erste Entschädigungsfeststellung zulassen; der Reichstag stellte demgegenüber den Grundsatz auf, der Rekurs solle in jeder Unfallsache zwar nur einmal, aber zu dem Zeitpunkte, in dem die Nachprüfung durch die letzte und rechtbildende Instanz für die Berechtigten besonders wertvoll sei, zulässig sein. Das ist nun zwar nicht vollständig erreicht worden. Der Rekurs ist in manchen Fällen wiederholt möglich, da er zugelassen ist bei Ablehnung der Entschädigung, bei der erstmaligen Feststellung der Dauerrente, bei wiederholter Feststellung von Dauerrente, wenn sie nach Heilanstaltspflege erfolgt, bei Aufhebung der Rente an Verwandte aufsteigender Linie oder an Enkel Getöteter, gegen die Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes und wohl auch noch in anderen selteneren Fällen. Dagegen werden nun weder die Berechtigten noch die Versicherungsträger etwas einzuwenden haben; im Gegenteil, sie werden diese Inkonsequenz begrüßen. Bedenklich ist aber, daß die rekursfähige erstmalige Feststellung der Dauerrente, längstens zwei Jahre nach dem Unfalle zu erfolgen hat. Das ist nach den Erfahrungen der Versicherungsträger nur für weniger schwere Verletzungen der Zeitpunkt, in dem der Fall nach seiner wirtschaftlichen Seite am besten zu übersehen ist; schwerere Verletzungen lassen sich in ihren endgültigen Folgen erst später übersehen. Man hätte den Zeitpunkt, zu dem spätestens die Dauerrente festzustellen ist, wenigstens um ein Jahr später ansetzen müssen. Trotz dieser Bedenken ist anzuerkennen, daß die durch den Reichstag getroffene Regelung der von der Regierung beabsichtigten bei weitem vorzuziehen ist, vor allem deshalb, weil sie die Fortbildung und die Einheitlichkeit der Rechtsprechung in den wichtigen Fragen der Bemessung der Verletztenrente, der Berücksichtigung der Gewöhnung usw. besser gewährleistet. Ermöglicht wurde die schließlich Gesetz gewordene Regelung durch die Einführung der neuen Rechtsbegriffe der vorläufigen und der Dauerrente.

Die vorläufige Rente (§ 1585) kann gewährt werden, solange „die Rente als Dauerrente noch nicht festgestellt werden kann", d. h. solange die Verhältnisse sich noch nicht so konsolidiert haben, daß der Zustand voraussichtlich im wesentlichen unverändert bleiben wird, dauernd geworden ist, jedoch nicht länger als während der beiden ersten Jahre nach dem Unfalle. Ob die Voraussetzungen für die Gewährung vorläufiger Renten bestanden, wird von den Rechtsmittelinstanzen nachgeprüft. Es kann allein mit dem Antrage, die Rente als Dauerrente statt als vorläufige Rente festzusetzen, Einspruch erhoben und Berufung eingelegt werden. Hat der Versicherungsträger die Entschädigung abgelehnt und das Oberversicherungsamt (OVA.) eine vorläufige Rente gewährt, so ist Rekurs zugelassen, falls der Versicherungsträger nach wie vor seine Entschädigungsverpflichtung und nicht etwa nur die Höhe der vorläufigen Rente bestreitet. Rekurs ist selbstverständlich auch zulässig gegen das Urteil des Oberversicherungsamts, das eine vorläufige Rente in eine Dauerrente umwandelt. Das gleiche gilt, wenn das

Digitized by Google

Oberversicherungsamt die Sache an den Versicherungsträger zur Erteilung eines Dauerrentenbescheides zurückgibt. Können umgekehrt (selbstverständlich nur innerhalb der beiden ersten Jahre nach dem Unfalle) Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt (RVA.) eine vom Versicherungsträger festgesetzte Dauerrente in eine vorläufige Rente umwandeln? Nach dem Wortlaut der gesetzlichen Bestimmung ergibt sich diese Berechtigung nicht; die Frage ist strittig. Ich neige mit dem Kommentar von Manes, Mentzel und Schulz (Leipzig 1912, Göschensche Verlagshandlung) zu der Annahme, daß das angeht, „weil dem Verletzten die nur einmal gewährte Anrufung des Rekursgerichts zu der von dem Gesetzgeber gewollten Zeit gegeben sein muß". — Die vorläufige Rente kann vor Eintritt des Dauerzustandes innerhalb der ersten beiden Jahre nach dem Unfalle jederzeit, also ohne Einhaltung von Zwangsfristen geändert werden, wenn in den Verhältnissen, die für die Feststellung der Rente maßgebend waren, eine wesentliche Aenderung eingetreten ist. Es kann also in einem und demselben Falle wiederholt eine vorläufige Rente festgestellt werden.

Die Dauerrente (§ 1585) ist zu gewähren, sobald der Dauerzustand eingetreten ist, geeignetenfalls schon gleich bei der ersten Rentenfeststellung, spätestens aber zwei Jahre nach dem Unfalle. War bis dahin eine vorläufige Rente gewährt, so ist alsdann auch ohne Aenderung der Verhältnisse eine Dauerrente festzusetzen. Dabei kann die Rente ohne den Nachweis einer Aenderung anders (höher oder niedriger) bemessen werden. Der Verletzte wird das freilich nicht verstehen, wie er auch für die Erteilung eines neuen Bescheides trotz Beibehaltung der Rente kein Verständnis haben wird. Das ist ein Nachteil. Man wird in Fällen, in denen die Dauerrente nicht schon früher festzusetzen war, zweckmäßig gegen Ende des zweiten Jahres nach dem Unfalle eine sachliche Nachprüfung eintreten lassen und wenigstens die Arbeits- und Lohnverhältnisse erneut feststellen. An die frühere Rentenberechnung ist man bei erstmaliger Festsetzung der Dauerrente nicht gebunden; vielmehr kann der der Rentenberechnung zugrunde liegende Jahresarbeitsverdienst anderweitig festgesetzt werden. Ob darüber hinaus alle Grundlagen der Entschädigung von neuem und ohne Rücksicht auf die Feststellungen im Verfahren über die vorläufige Rente geprüft werden können (z. B. auch die Frage, ob ein Unfall vorliegt, ob der Unfall sich beim Betriebe ereignete usw.), ist umstritten. Der Wortlaut der gesetzlichen Bestimmungen steht dieser Auffassung entgegen (§ 1585 Abs. 2). Auf der anderen Seite hat ein Regierungsvertreter, ohne Widerspruch zu erfahren, in den Verhandlungen der Reichstagskommission erklärt, daß der Feststellung der vorläufigen Rente grundsätzlich jede präjudizielle Wirkung für die Festsetzung der Dauerrente versagt sei und der gesamte Streitstoff neu geprüft werden könne. — Auch die „Dauerrente" ist keine Dauerrente; sie kann bei Aenderung der Verhältnisse in Zwischenräumen von einem Jahr neu festgesetzt, d. h. erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben werden.

Und warum diese, wie nicht zu verkennen ist, einigermaßen gekünstelte Unterscheidung zwischen vorläufiger und Dauerrente? Lediglich zu dem gesetzestechnischen Zweck, die Fälle der Zulässigkeit des Rekurses zu bestimmen. Dieser ist, abgesehen von minderwichtigen Entschädigungsansprüchen, in denen er im wesentlichen auch schon früher unzulässig war, ausgeschlossen, wenn es sich um vorläufige Renten und um die Aenderung von Dauerrenten handelt (§ 1700). So bleibt für die große Mehrzahl der Fälle nur eine Rechtsmittelinstanz. Das ist besonders zu bedauern für die Fälle der Aenderung der Dauerrente, zumal der Zeitraum, zu dem spätestens die Dauerrente festzustellen ist, zu kurz ist, wie oben näher dargelegt wurde. Für den Berechtigten freilich ist ein gewisser Ersatz geschaffen worden, für den Versicherungsträger dagegen nicht. Und doch haben die Versicherungsträger an dem Rekurs noch mehr verloren als die Berechtigten: diese obsiegten nur in rund einem Sechstel, jene dagegen in mehr als der Hälfte aller von ihnen anhängig gemachten Rekurse. Der dem Berechtigten gewährte Ersatz, der allerdings diese Bezeichnung nur mit Einschränkung verdient, ist das Einspruchsverfahren. Von ihm und damit zugleich von der wichtigsten Aufgabe des neuen Versicherungsamtes auf dem Gebiet der Unfallversicherung wird sogleich die Rede sein. Vorher ist noch der von den Versicherungsträgern zu erteilende Bescheid zu behandeln.

Digitized by Google

In den im § 1583 RVO. aufgeführten Fällen — die dort gegebene Aufzählung ist übrigens nicht vollständig, indem der Fall der Ueberweisung ruhender Verletztenrenten an die Angehörigen gemäß § 615 Abs. 1 Ziffer 1 fehlt — setzt der Versicherungsträger die Entschädigung durch Bescheid fest. Ueber Form und Inhalt des Bescheides treffen die §§ 1588 und 1590, 1583 Abs. 2 und 1611 Bestimmung. Vorgeschrieben ist, daß der Bescheid begründet, daß die Einspruchsfrist angegeben und auf die Berechtigungen, die der Einspruch begründet, hingewiesen wird. Die Belehrung, daß nach erfolgter Abfindung des Entschädigungsanspruchs durch einmalige Kapitalzahlung der Berechtigte auch dann keinen Anspruch auf Rente mehr hat, wenn die Unfallfolgen sich verschlimmern sollten, hat künftig in dem Abfindungsbescheide zu erfolgen; sie muß jetzt auch bei Abfindung von Ausländern erfolgen.

Ist der Berechtigte mit dem Bescheide nicht einverstanden, so kann er Einspruch erheben (§§ 1591 ff.). Der Einspruch gilt nicht als Rechtsmittel. Er ist, von Seeleuten, die sich außerhalb Europas aufhalten, abgesehen, binnen Monatsfrist zu erheben. Ein verspäteter Einspruch wird als unzulässig durch Endbescheid verworfen (ohne Einspruchsverfahren). Der Einspruch ist schriftlich zu erheben und zwar bei dem Versicherungsträger. Minderjährige, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, können selbständig den Einspruch sowohl wie auch die Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses geltend machen. Der rechtzeitig erhobene Einspruch gewährt dem Berechtigten in jedem Fall Anspruch auf persönliches Gehör und unter Umständen auch auf Einholung eines weiteren ärztlichen Gutachtens. Der Berechtigte kann bestimmen, ob er von dem Versicherungsträger oder von dem Versicherungsamt (d. h. durch dessen Vorsitzenden oder dessen Vertreter) vernommen werden will. Tut er das nicht, so kann darüber der Versicherungsträger entscheiden. Der Berechtigte ist zur Vernehmung vorzuladen. Findet die Vernehmung vor dem Versicherungsträger statt, so sind dem Berechtigten die Kosten der Reise zu erstatten, nicht dagegen bei Vernehmung durch das Versicherungsamt. Zweifelhaft ist, ob die Vernehmung vor dem Versicherungsträger durch das zur Entschädigungsfeststellung berufene Organ (Vorstand, Entschädigungsausschuß) oder ein Mitglied dieses Organs erfolgen muß oder auch durch einen Beamten des Versicherungsträgers vorgenommen werden kann.

Ob auf Antrag des Berechtigten ein weiteres ärztliches Gutachten einzuholen ist, entscheidet der Vorsitzende des Versicherungsamts. Der Antrag ist an zwei Voraussetzungen gebunden (§ 1595): erstens darf nicht schon durch den Versicherungsträger ein Arzt gehört worden sein, dem der Versicherte nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen hat, und zweitens muß der Vorsitzende des Versicherungsamtes der begründeten Auffassung sein, daß das neue Gutachten für die Entscheidung von Bedeutung sein kann. Nach dem Inkrafttreten des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung (Krankenversicherung) wird die erste Voraussetzung in der Regel nicht vorliegen, da gemäß § 369 künftig den Krankenkassenmitgliedern die Auswahl zwischen mindestens zwei Aerzten frei zu lassen ist, soweit es die Kasse nicht erheblich mehr belastet oder das Kassenmitglied die Mehrkosten übernimmt. Was die zweite Voraussetzung angeht, so wird sie von dem Vorsitzenden des Versicherungsamts schwerlich mit Recht angenommen werden können, wenn ein einwandfreies ärztliches Gutachten bereits vorliegt. Sind nicht beide Voraussetzungen zugleich erfüllt, so ist einem Antrage des Berechtigten auf Einholung eines weiteren ärztlichen Gutachtens nur dann stattzugeben, wenn er die Kosten im voraus entrichtet; in diesem Falle ist unter allen Umständen ein weiterer Gutachter zu vernehmen und zwar der von dem Berechtigten bezeichnete Arzt. Die Kosten des Gutachtens sind dem Berechtigten, soweit es angemessen ist, nur dann später zu erstatten, wenn auf Grund des neuen Gutachtens entgegen dem Bescheide eine Rente gewährt oder die gewährte Rente erhöht wurde. Bei Streit über die Kostenerstattung entscheidet endgültig das Oberversicherungsamt. Bedenklich ist an dieser Regelung, daß die Gefahr einer Zunahme der Gefälligkeitsgutachten, die auch von ärztlicher Seite beklagt werden, nahegerückt ist. Nicht minder bedenklich ist, daß es an einem Schweigegebot fehlt, obwohl dem neuen Gutachter auf Verlangen Einsicht in die Vorverhandlungen, also in die Akten, zu

Digitized by Google

gewähren ist, mit der alleinigen Einschränkung, daß die früheren ärztlichen Gutachten nur in dem Umfange zur Einsichtnahme mitgeteilt werden, in dem das Versicherungsamt es für angemessen hält. Wie will man den von dem Berechtigten bestimmten Arzt daran hindern, dem Berechtigten in unangemessener Weise von den Akten Kenntnis zu geben, insbesondere auch von solchen Teilen, deren Bekanntgabe der Berechtigte selbst nach den gesetzlichen Bestimmungen nicht beanspruchen kann?

(Schluß folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Amtsbezeichnung „Versicherungsamtmann" ist unzulässig. RVO. §§ 35 ff.

Urteil des **Großh. Hess. Verwaltungsgerichtshofs** in **Darmstadt** vom 24. Mai 1913.

Durch Stadtverordnetenbeschluß der Stadt O. war dem zweiten ständigen Stellvertreter des Vorsitzenden des Versicherungsamts die Amtsbezeichnung „Versicherungsamtmann" beigelegt worden. Auf Anweisung der Gemeindeaufsichtsbehörde beanstandete der Oberbürgermeister diesen Beschluß als gesetzwidrig. Da die Stadtverordneten an der Zulässigkeit der erwähnten Amtsbezeichnung festhielten, erging Entscheidung im Verwaltungsstreitverfahren. Der Verwaltungsgerichtshof erklärte die Amtsbezeichnung „Versicherungsamtmann" für unzulässig.

Aus den Gründen:

Der Grundsatz des Art. 2 der deutschen Reichsverfassung, wonach die Reichsgesetze den Landesgesetzen vorgehen, hat die Wirkung, daß es den Einzelstaaten und den in diese eingegliederten, öffentlich-rechtlichen Korporationen, wie z. B. den Gemeinden, schlechthin untersagt ist, auf dem Gebiete der Gesetzgebung, der Justiz oder der Verwaltung irgendeine Anordnung zu treffen, welche mit dem Reichsrechte in Widerspruch steht oder welche — was hiermit gleichsteht — das Reichsrecht in unzulässiger Weise ergänzt. Was nun die im vorliegenden Falle in Frage stehende Organisation der Versicherungsämter anlangt, so ist diese durch die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911, §§ 35 ff. von Reichs wegen gesetzlich festgelegt. Namentlich trifft die Reichsversicherungsordnung bindende Anordnungen in bezug auf die Errichtung und die Zusammensetzung der Versicherungsämter. In letzterer Hinsicht schreibt sie im einzelnen insbesondere vor: die Bestellung eines „Vorsitzenden des Versicherungsamts" und eines oder mehrerer „ständigen Stellvertreter des Vorsitzenden" (§ 38). Der dem Deutschen Reichstag vorgelegte Entwurf der Reichsversicherungsordnung hatte bekanntermaßen grundsätzlich die Schaffung selbständiger Versicherungsämter vorgesehen . . . Solange die Absicht bestand, war für die Leiter der Versicherungsämter des ganzen Reichs ausnahmslos die Dienstbezeichnung „Versicherungsamtmann" geplant und zwar mit der ausdrücklichen Begründung: „damit trotz des starken Wanderns der Bevölkerung jedermann an jedem Orte sofort weiß, an wen er sich in Versicherungssachen zu wenden hat". Da sich dieser Wunsch jedoch nicht verwirklichen ließ, wurde die genannte Dienstbezeichnung aufgegeben und im Gesetze durch die Schaffung anderer Dienstbezeichnungen ersetzt, welche dem soeben erwähnten Gedanken des Gesetzgebers — soweit es bei der nunmehrigen Verschiedenartigkeit der mit den Funktionen der Versicherungsämter betrauten Behörden noch möglich war — auf andere Weise Rechnung tragen. Das sind die Bezeichnungen „Vorsitzender des Versicherungsamts" und „ständige Stellvertreter des Vorsitzenden". Diese beiden Ausdrücke sind die einzigen Dienstbezeichnungen, welche die Reichsversicherungsordnung für die in Frage stehenden Amtsstellen kennt und gebraucht wissen will; jede anderweitige Amtsbezeichnung steht mit der Reichsversicherungsordnung in Widerspruch. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Errichtung des Versicherungsamts selbständig oder im Anschluß an staatliche oder an gemeindliche Behörden erfolgt. Denn es ist nicht der Einzelstaat oder die Gemeinde, welche für die fragliche Organisation zu bestimmen haben, sondern es ist das Reich. Wer aber Träger des Organisationsrechts ist, der hat auch das ausschließliche Recht, die durch die Organisation erforderten Beamtenstellen und deren dienstliche Bezeichnung zu bestimmen — ein Recht, das anerkanntermaßen grundsätzlich auch den Gemeinden zusteht, sobald und soweit es sich um reine gemeindliche Organisationen handelt. . . . Aus der Ausschließlichkeit dieses Rechts ergibt sich die notwendige Folgerung, daß neben den genannten reichsrechtlichen Amtsbezeichnungen besondere einzelstaatliche oder gemeindliche Amtstitel nicht mehr verliehen werden können. Ein Zweifel hierüber kann um so weniger bestehen, als die bereits erwähnten Motive zu dem Entwurf der

Digitized by Google

Reichsversicherungsordnung es deutlich zum Ausdruck bringen, daß der Gesetzgeber einheitliche Amtsbezeichnungen für die Leiter aller Versicherungsämter des ganzen Reiches schaffen wollte.

(Zentralbl. der Reichsvers.)

Die Zulässigkeit des Rechtsmittels ist nach der Streitlage zur Zeit der Entscheidung zu beurteilen.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 8. Mai 1913.

Die Revision war als unzulässig zu verwerfen. Im Streit ist nur noch die Rente für einen in der Vergangenheit liegenden begrenzten Zeitraum, nämlich für die Zeit vom 28. November 1911 bis zum 3. Juni 1912; es handelt sich nur noch um dem Beginn der Rente im Sinne des § 1696 Ziff. 1 RVO., die Revision ist für einen solchen Streit ausgeschlossen. Daran ändert es nichts, daß der ursprüngliche Revisionsantrag der Beklagten auf Verneinung des Rentenanspruchs schlechthin abzielte und das Rechtsmittel der Revision für einen solchen Antrag an sich gegeben war. Eine ausdrückliche Vorschrift darüber, ob für die Zulässigkeit der Revision die Rechtslage zur Zeit der Revisionseinlegung oder die zur Zeit der Entscheidung maßgebend ist, fehlt im Gesetz, ist übrigens auch für den ordentlichen Zivilprozeß nicht gegeben. Die Rechtsprechung im Gebiete der Zivilprozeßordnung, daß für die Zulässigkeit der Revision der Zeitpunkt der Einlegung des Rechtsmittels maßgebend sei (Entsch. des Reichsger. Bd. 5 S. 387 und in der Juristischen Wochenschr. 1899 S. 830, Gaupp-Stein Anm. III d zu § 546 ZPO.) ist vom Reichsversicherungsamt in seiner Rechtsprechung zur Zulässigkeit des Rekurses (§ 80 Abs. 1, § 69 Abs. 1 Ziff. 1b GUVG.) nicht aufgenommen worden (zu vgl. Rekursentsch. 1978, 2256, 2349, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1903 S. 257, 1908 S. 549, 1910 S. 417). Die in diesen Rekursentscheidungen angestellte Erwägung, daß es Absicht des Gesetzes sei, daß Reichsversicherungsamt von der Entscheidung derjenigen Fälle zu entlasten, die für den Versicherten von unerheblicher wirtschaftlicher Bedeutung sind, trifft auch für den Fall des § 1696 Ziff. 1 RVO. zu, und spricht auch hier dafür die Prozeßlage zur Zeit der Entscheidung für maßgebend zu halten. Es kann dahingestellt bleiben, ob die einmal zulässig eingelegte Revision auch dadurch unzulässig werden kann, daß der Gegner Rechtshandlungen vornimmt, die den Streitgegenstand auf einen der Revision nicht mehr unterliegenden Teil beschränken (zu vgl. die oben angeführte Rekursentsch. 2349). Jedenfalls hat nach der, wie vorstehend ausgeführt, sinngemäßen Auslegung des § 1696 RVO. der Revisionskläger dann keinen Anspruch auf eine Entscheidung des Revisionsgerichts, wenn er selbst im Laufe des Revisionsverfahrens klarstellt, daß er durch die Vorentscheidung in demjenigen Umfange, der Voraussetzung für die Zulässigkeit des Rechtsmittels ist, gar nicht beschwert war.

B. Zur Krankenversicherung.

Versicherungsfreie Beschäftigung in einem Männerheim der Heilsarmee.

Entscheidung des **Sächs. Oberverwaltungsgerichts** vom 27. Mai 1913

Aus den Gründen:

Der ehemalige Krankenpfleger G. ist im März 1909 in hilfsbedürftigem Zustande in das Männerheim der Heilsarmee zu Ch. aufgenommen worden und daselbst bis zu seiner Unterbringung im Stadtkrankenhause im Oktober 1909 verblieben. Auch nach seiner Entlassung aus dem Krankenhause im April 1910 hat G. das Männerheim wieder aufgesucht und sich daselbst noch längere Zeit aufgehalten.

Das Männerheim ist Anfang des Jahres 1909 von dem Zeugen Cl. eingerichtet worden, um, wie es im § 1 der „Hausordnung" heißt, „arbeits- und mittellosen Männern jeder Konfession und Nationalität Obdach, Beschäftigung und Hilfe zu gewähren". Demgemäß hat auch G. freie Wohnung und Kost sowie Beschäftigung erhalten. Diese bestand anfänglich in Holzzerkleinern, Hausarbeiten, Gartenarbeit außerhalb des Hauses, Holzausfahren und in den letzten Monaten vor seiner Aufnahme in das Krankenhaus im Sammeln von Bestellungen in der Stadt auf Holz aus dem Männerheim. Für jeden Sack Holz, der infolge solcher Bestellung verkauft wurde, bekam G. gleich den anderen Heiminsassen, die Holzbestellungen brachten, eine sog. Provision von 5 Pf.

Zu den ständigen Einrichtungen des Männerheims gehört es nach den übereinstimmenden Aussagen der Zeugen, daß jeder Heiminsasse aus „pädagogischen" Gründen ein Taschengeld erhält, dessen Hingabe und Betrag völlig dem freien Ermessen des Leiters des Männerheims anheimgestellt ist. Der Zeuge Cl. hat sich dabei nach den augenblicklichen persönlichen Bedürfnissen und

Digitized by Google

dem Verhalten der betreffenden Heiminsassen, also auch G., gerichtet. Wenn das erstemal an einen Heiminsassen Taschengeld gezahlt wird, geschieht dies unter dem ausdrücklichen Hinweis, daß das Taschengeld nur als Geschenk gewährt und daß es einbehalten werden würde, wenn der Heiminsasse sich betrinken oder sonst schlecht führen sollte. Das einbehaltene Geld würde entweder den Angehörigen des betreffenden Heiminsassen gegeben oder für andere Heiminsassen verwendet oder auch nachträglich in bar oder in Kleidungsstücken od. dgl. dem Heiminsassen noch gewährt, aber keinesfalls für Zwecke der Heilsarmee verwendet werden.

Die Höhe des Taschengeldes beläuft sich in der Regel auf 50 Pf. bis 1 M. wöchentlich. Wenn es ausgezahlt wird, erfolgt grundsätzlich nie die Auszahlung der vollen Summe, sondern es wird stets ein Teil zurückbehalten, dies dem Betreffenden auch gesagt.

Mit der Gewährung der Provision von 5 Pf. für jeden bestellten Sack Holz im besonderen hatte es nach der Darstellung des Zeugen Cl. folgende Bewandtnis: Er hatte die Wahrnehmung gemacht, „daß die Leute vielfach in der Stadt herumbummelten". Um sie nun eher kontrollieren zu können und sie auch selbst zur Tätigkeit anzuregen, sagte er ihnen, daß sie für jeden Sack Holz, der bei ihnen bestellt würde, 5 Pf. bekämen. Dagegen hat Cl. ausdrücklich bestritten, daß zwischen ihm und den Heiminsassen eine Vereinbarung über die Gewährung der Provision in dem Sinne getroffen worden sei, daß darin ein „Entgelt" für die Einholung von Bestellungen liegen solle. Ebenso ist er der Annahme G.s, daß es in dessen Belieben gestellt gewesen wäre, ob er die Provision stehen lassen wollte oder nicht, mit Entschiedenheit entgegengetreten. Vielmehr ist nach der Darstellung des Zeugen Cl. allwöchentlich Sonnabends mit den Heiminsassen, die Holzbestellungen angenommen hatten, abgerechnet und die sich hiernach für jeden einzelnen ergebende Provision festgesetzt und den Betreffenden dann mitgeteilt worden, wieviel ihnen davon ausgezahlt und wieviel einbehalten werde. Der durchschnittliche Gesamtbetrag der von G. erzielten Provision beläuft sich auf wöchentlich 2 bis 3 M.

Außer den sich nach vorstehendem ergebenden, in ihrer Höhe schwankenden Barbeträgenan Taschengeld und Provision erhielt G.s noch freie Kost und Wohnung. Den Selbstkostenpreis für den Unterhalt G. im Männerheim hat der Zeuge Cl. auf täglich 1 M. bis 1,20 M. angegeben. Damit stimmen die bezüglichen Angaben des Zeugen S. im Ergebnis im wesentlichen überein.

Daß sich im übrigen die von G. als „Entgelt für seine Tätigkeit" bezeichneten Leistungen des Männerheims an ihn bis zu seinem endgültigen Austritte aus diesem immer etwa gleich geblieben sind und sich nicht erhöht haben, hat er selbst bei seiner Zeugenvernehmung angegeben. Andererseits soll sich auch nach seinen Angaben durch seine Bestallung als „Heimsergeant" in seiner Stellung und Beschäftigung im Männerheim nichts geändert haben. Es ist deshalb nicht erfindlich, worauf G. seine Behauptung, daß er als „Helfer und Aufsichtsperson" im Männerheim beschäftigt worden sei, eigentlich stützt. In jedem Falle hält sie aber der erkennende Senat durch dasjenige, was der Zeuge Cl. hierüber ausgesagt hat, für widerlegt. Diese Auffassung vermögen auch die Angaben des von dem Stadtrate zu Ch. vernommenen Nachfolgers des Zeugen Cl. in der Leitung des Männerheims nicht zu erschüttern, da es sich bei diesem lediglich um Schlußfolgerungen handelt, nicht aber um eigene Wahrnehmungen und überdies in keiner Weise von ihm dargetan worden ist, wie er aus den sonst „bei dem Heim geführten Büchern" zu der Annahme hat gelangen können, die Behauptung des G., er sei seit März 1909 als Aufsichtsperson und Pfleger beschäftigt gewesen, sei zutreffend. Ebensowenig vermag der erkennende Senat Gewicht auf den Umstand zu legen, daß der Zeuge Cl. für G. Beiträge zur Invalidenversicherung bezahlt hat, denn auch insoweit lag kein Grund vor, an der Wahrheit der hierfür von Cl. gegebenen Erklärung zu zweifeln.

Nach alledem gipfelt die Entscheidung lediglich in der Frage, ob trotz der vorstehend im einzelnen besprochenen und gewürdigten Beweisergebnisse davon ausgegangen werden kann, G. sei während seines Aufenthaltes im Männerheim der Heilsarmee überhaupt gegen „Lohn" beschäftigt worden. Ist diese Frage zu verneinen, so bedarf es eines Eingehens auf die weitere Frage, ob sich der im Männerheim betriebene Holzhandel der Heilsarmee als ein Gewerbebetrieb im Sinne von § 1 Abs. 1 Ziff. 2 KVG. darstellt, überhaupt nicht.

Zunächst ist hervorzuheben, daß kein Grund vorliegt, die Gewährung der in erster Linie in Betracht zu ziehenden „Provision" anders zu beurteilen als das sog. „Taschengeld". Auch jene ist nach den glaubhaften Angaben des Zeugen Cl. lediglich aus „pädagogischen" Gründen gewährt worden. Einen Rechtsanspruch auf sie hatte G. ebensowenig wie die anderen Heiminsassen, auch mußte er sich deren Einbehaltung oder anderweite Verwendung ebenso gefallen lassen, wie bei dem „Taschengeld". Danach fällt es aber unbedenklich, die „Provision" ebenfalls als eine Art Taschengeld anzusehen, das den Heiminsassen nur unter anderem Namen und unter der Voraussetzung gewährt wurde, daß sie Holzbestellungen erhalten hatten. Daß aber ein „Taschengeld" der hier in

Digitized by Google

Rede stehenden Art nicht als „Lohn" im Sinne der angezogenen Gesetzesbestimmung angesehen werden kann, bedarf keiner weiteren Ausführungen (vgl. Jahrbücher Bd. 3 S. 169 und Bd. 12 S. 24).

In gleicher Weise können aber im vorliegenden Falle auch die dem G. gewährten Naturalbezüge nicht als „Lohn" oder Entgelt für seine Tätigkeit im Männerheim angesehen werden. Vielmehr stellen sich diese nach der ganzen Sachlage, insbesondere nach den Umständen und Verhältnissen, unter denen G. die Unterstützung der Heilsarmee in Anspruch genommen und sich in deren Heim aufgehalten und betätigt hat, sowie im Hinblick auf die religiösen, sittlichen und humanitären Ziele der Heilsarmee, auch nur als freiwillige Unterstützungen dar, die ohne irgendwelche Rücksicht auf die Art der Beschäftigung und die jeweilige Leistungsfähigkeit des betreffenden Heiminsassen auch G. gewährt worden sind, um ihm aus der Notlage, in der er sich befand, herauszuhelfen und ihn durch angemessene erzieherische Einwirkung wieder auf eigene Füße zu stellen und zu einem sittlich tüchtigen und selbständigen Menschen zu machen.

Nach alledem war im Mangel einer der wesentlichen Voraussetzungen für die Annahme des Vorliegens eines die Krankenversicherungspflicht des G. bedingenden Beschäftigungsverhältnisses im Sinne von § 1 Abs. 1 KVG., wie geschehen, zu erkennen.

Anmerkung: Zu vgl. das Urteil des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 17. Februar 1913 Arb.-Versorgg. 1913 S. 466. Dort ist die hier offen gelassene Frage, ob Gewerbebetrieb vorliegt, bejaht und ferner — abweichend von vorstehender Entscheidung — nach den Umständen des Falles ein Lohnarbeitsverhältnis angenommen worden. Vgl. auch unsere Anm. S. 467.

Kein Ersatzanspruch des Armenverbandes für Ueberführung des Versicherten in eine andere Heilanstalt, wenn die Kasse für die Tage der Vorbereitung und Durchführung des Transports Krankenhauspflege und gegebenenfalls noch Angehörigengeld gewährt hat.

Urteil des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 28. April 1913.

Das Oberverwaltungsgericht hat bereits in dem Urteil vom 15. Dezember 1904 — III. C. 89. 04 (Preußisches Verwaltungsblatt Jahrg. 27 S. 198/199) ausgesprochen, daß eine Krankenkasse für die Tage, für die sie ihrem Mitgliede freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus und die Angehörigenunterstützung gewährt habe, damit ihrer Verpflichtung in vollem Umfange nachgekommen sei, und daß, wenn ein Armenverband während dieser selben Zeit selbständig Kosten für die Vorbereitung und Durchführung eines Transportes des erkrankten Mitglieds in eine andere Kranken- oder Heilanstalt aufgewendet habe, er den Ersatz dieser Kosten auf Grund der Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes von der Kasse nicht beanspruchen könne. Im vorliegenden Falle hat nun die Beklagte dem K. noch für den 16. Mai 1911 Krankenhauspflege und seinen Angehörigen die statutenmäßige Angehörigenunterstützung, also alles gewährt, wozu sie gesetzlich verpflichtet war. Für die streitigen am 15. und 16. Mai 1911 von dem Kläger aufgewendeten Kosten kann also nicht Ersatz aus den dem K. für einen anderen, späteren Zeitraum zustehenden Unterstützungsbeträgen beansprucht werden. Dies läßt sich auch nicht damit begründen, daß die streitigen Kosten auch als Aufwendungen für die Zeit vom 17. Mai 1911 ab zu gelten haben. Denn es fehlt an einem Anhalte dafür, auf welchen späteren Zeitraum sie gegebenenfalls zu verrechnen wären. Dies gilt zunächst für den Fall, daß die Verpflegung in der Anstalt, in die ein Kranker unter Aufwendung der in Betracht kommenden Kosten überführt wurde, auf unbestimmte Zeit fortdauert. Die Fälle, in denen mit einer bestimmten Verpflegungszeit gerechnet werden konnte, anders zu behandeln, läßt sich nicht rechtfertigen. Da der Vorderrichter dies verkannt hat, unterliegt seine Entscheidung der Aufhebung. Gleichzeitig folgt daraus die Abweisung der Klage, ohne daß es noch eines weiteren Eingehens auf die von der Beklagten geltend gemachten Einwendungen bedarf.

Zeitliche Begrenzung der Einweisung in ein Krankenhaus; Bedeutung für den Anspruch der Krankenhausverwaltung gegen die Kasse.

Entsch. des **Landgerichts I Berlin**, 7. Zivilkammer, vom 19. Mai 1913.

Die beklagte Krankenkasse hatte ein erkranktes Mitglied dem städtischen Krankenhause überwiesen und sich dabei zur Tragung der vollen Kosten für drei Wochen verpflichtet, nach Ablauf dieser Zeit aber sich nur noch zur Uebernahme der Kosten im Betrage der Leistungen aus § 6 KVG. bereit erklärt. Gleichwohl wurde das Mitglied noch mehrere Wochen weiter im Krankenhause verpflegt. Die Stadtgemeinde klagte unter Berufung auf §§ 679, 683 BGB. auf Ersatz der vollen Krankenhauskosten. Das Amtsgericht verurteilte die Kasse demgemäß, und das Landgericht wies die Berufung der Kasse zurück.

Gründe:

Die Berufung ist nicht begründet. Es kann hier dahingestellt bleiben, ob eine Krankenkasse an sich verpflichtet ist, dem Mitgliede auf Wunsch statt der Krankengelder Behandlung im Krankenhaus zu gewähren oder ob das in ihr Belieben gestellt ist, ebenso ob die Kasse die Einweisung in ein Krankenhaus zeitlich begrenzen kann. Es ist jedenfalls, worauf es für diesen Rechtsstreit allein

Digitized by Google

ankommt, dem Vorderrichter darin beizutreten, daß die Kasse dann nicht von der Gewährung der Krankenhausbehandlung Abstand nehmen kann, wenn die Beendigung dieser Behandlung mit einer Gefahr für die Gesundheit des Patienten verknüpft ist. Denn es folgt aus Sinn und Zweck des Krankenversicherungsgesetzes, daß die Kasse sich bei der Art der von ihr gewährten Krankenunterstützung von billigem Ermessen leiten läßt und eine dem Kranken nachteiligen Wechsel der Behandlung vermeidet (vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz 4. Aufl. S. 103, Petersen Anm. 2 III o zu § 7 KVG.) . . .

Daß die Beendigung der Krankenhausbehandlung dem Mitgliede der beklagten W. von erheblichem gesundheitlichem Nachteil gewesen sein würde, hat die Beweisaufnahme erster Instanz ergeben. Nach der eidlichen Bekundung des Sachverständigen Dr. M. war der Zustand dieses Kranken dauernd mit Lebensgefahr verbunden und erforderte unter allen Umständen dauernd Behandlung im Krankenhaus. Die Beklagte ist hiernach als ihrem Mitglied gegenüber verpflichtet anzusehen, die Kosten der Krankenhausbehandlung zu tragen. Diese Verpflichtung hat im vorliegenden Falle die Klägerin durch Gewährung von Verpflegung und Behandlung in dem ihr gehörigen Rudolf-Virchow-Krankenhause erfüllt. Die Beklagte ist ihr somit nach §§ 683, 679 BGB. zum Ersatz ihrer Aufwendungen verpflichtet. Da der Klageanspruch der Höhe nach nicht bestritten ist, so war die Klage begründet und die Berufung deshalb zurückzuweisen.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Frage der Versicherungspflicht von Stenographen in bureaumäßigen Betrieben.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Hamburg** vom 4. März 1913.

Der Anwaltschreiber S. wird seit mehr als zehn Jahren bei einer Anwaltfirma beschäftigt und bezieht ein Gehalt von über 2000 M. Beschäftigt wird S. überwiegend mit der stenographischen Aufnahme von Diktaten und mit der Herstellung von Reinschriften, indem er die Stenogramme einer Schreibmaschinistin in die Maschine diktiert. Außer ihm werden noch zwei andere Schreibmaschinistinnen mit der Aufnahme von Stenogrammen nach Diktat beschäftigt. Nebenher wird S. auch noch mit den üblichen Arbeiten der Anwaltschreiber beschäftigt, also mit der Anfertigung von Klagen, mit dem Entwurf von Anträgen in Zwangsvollstreckungssachen usw. Er hat auch englische Sprachkenntnisse und korrespondiert gelegentlich auch in englischer Sprache. Zwischen den Arbeitgebern des S. und der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte besteht Streit über die Invalidenversicherungspflicht des S. Erstere verneinen, letztere bejaht sie. Das Versicherungsamt hielt den S., seitdem er über 2000 M. bezieht, mit etwa folgender Begründung für nicht mehr invalidenversicherungspflichtig:

Der Beantwortung der Frage, ob S. noch invalidenversicherungspflichtig ist oder nicht, hängt davon ab, ob er als Gehilfe i. S. des § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 oder als sonstiger Angestellter i. S. der Ziff. 2 RVO. nach der Art seiner Tätigkeit und seiner sozialen und wirtschaftlichen Stellung anzusehen ist. Gehilfen sind nicht nur die handarbeitenden Gewerbegehilfen, sondern auch Hilfspersonen, deren Tätigkeit im wesentlichen eine niedere ausführende oder geistig unselbständige ist und daher der Tätigkeit der Arbeiter, Gehilfen und Dienstboten in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht im wesentlichen gleichwertig ist. An sich kann nicht zweifelhaft sein, daß die Handhabung der Kurzschrift für jeden Geübten ebenso eine rein mechanische Tätigkeit ist, wie die Kunst des Schreibens überhaupt. Da zweifellos die mit niederen mechanischen Schreibarbeiten betrauten Personen in bureaumäßigen Geschäftsbetrieben als Gehilfen anzusehen sind, so muß das gleiche auch für Stenotypisten und Stenotypistinnen gelten, die einfache, keinerlei besondere fachmäßige Vorbildung oder Kenntnisse erfordernde Schreibarbeiten liefern. Diejenigen Stenotypisten aber, die umfassendere Fachkenntnisse besitzen und an die auch höhere Anforderungen beim Stenographieren gestellt werden, denen sie nur deswegen genügen können, weil sie diese Kenntnisse und Vorbildungen besitzen, müssen nach Ansicht des Versicherungsamtes in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht den übrigen Angestellten mit gleichen Vorkenntnissen und der gleichen Vorbildung für gleichwertig erachtet werden. Es ist ferner zu berücksichtigen, daß Stenotypisten in kaufmännischen Kontoren, die besondere kaufmännische Fachkenntnisse besitzen, fremde Sprachen kennen und in diesen korrespondieren und stenographieren können usw., zweifellos als Handlungsgehilfen i. S. des § 1226 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. anzusehen sind, also als solche zu den Angestellten zählen. Wenn endlich die Stenographen in parlamentarischen Körperschaften sicherlich als Angestellte anzusehen sind, so hat das ebenfalls seinen Grund darin, daß sie außer der Stenographie weitgehende Vorkenntnisse und eine umfassendere höhere Bildung haben müssen, um die Reden richtig wiedergeben zu können. Demgemäß werden auch die Stenotypisten in Anwaltsbureaus dann als Angestellte gelten müssen, wenn sie eine besondere geschäftliche

Digitized by Google

Vorbildung und größere Kentnisse besitzen, die ihre Tätigkeit als eine höhere und wertvollere erscheinen lassen, als die der gewöhnlichen Abschreiber. Diese Kenntnisse und ihr Bildungsstand sind es, die sie auf eine zweifellos höhere Stufe erheben, als es die der gewöhnlichen Arbeiter und Dienstboten ist. Legt man diese Erwägungen zugrunde, so muß nach Lage des besonderen Falles die Tätigkeit des S. als eine höhere in diesem Sinne angesehen werden. Schon die Tatsache, daß er als männlicher Anwaltschreiber mit einem verhältnismäßig hohen Gehalte mit der Aufnahme von Stenogrammen beschäftigt wird, eine Arbeit, die sonst in Anwaltbureaus fast ausschließlich von Schreibmaschinistinnen verrichtet wird, die nur auf der Maschine schreiben und stenographieren können, weist darauf hin, daß an ihn höhere Anforderungen gestellt werden, als an die übrigen; hinzu kommt, daß er auch nicht selbst die Reinschriften auf der Schreibmaschine anfertigt, sondern daß er die Reinschriften wieder diktiert, während die gewöhnlichen Schreibstenotypistinnen die Stenogramme selbst ins Reine schreiben müssen. Ferner besitzt er englische Sprachkenntnisse und ist auch in den übrigen vorkommenden selbständigeren Arbeiten der Anwaltschreiber erfahren, so daß er nebenher auch mit solchen Arbeiten beschäftigt wird. Wenn dies auch gegenüber seiner Haupttätigkeit in geringem Umfange geschehen mag, so ergibt daraus, daß man an ihn im allgemeinen und auch gerade bei seiner Haupttätigkeit als Stenograph höhere Anforderungen stellt, insbesondere eine höhere Vorbildung und bessere Erfahrungen und Kenntnisse voraussetzt und verlangt, als sie von den gewöhnlichen Stenotypistinnen in Anwaltsbureaus gefordert wird. Er nimmt daher eine wesentlich höhere Stellung ein, die im wesentlichen der der sonstigen Angestellten gleichwertig ist. Demgemäß hörte auch seine Versicherungspflicht auf, seitdem er über 2000 M. Jahresverdienst hat.

Die hiergegen eingelegte Beschwerde wurde vom Oberversicherungsamt wie folgt verworfen:

Auch das Oberversicherungsamt hat nach Lage des besonderen Falles die Ueberzeugung gewonnen, daß S. den sonstigen Angestellten im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. zuzurechnen ist. Wenn in ihrer Beschwerdeschrift die Landesversicherungsanstalt für die Annahme der Invalidenversicherungspflicht des S. den Umstand anführt, daß die rein mechanische Stenotypistentätigkeit den Hauptberuf des S. bilde, so übersieht sie, daß nach den angestellten Ermittelungen S. in keineswegs unwesentlichem Umfange auch Arbeiten ausführt, die, zum Teil über eine mechanische Tätigkeit hinausgehend, von einem Anwaltsgehilfen erledigt zu werden pflegen, und die ein gewisses Vertrautsein mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen erfordern. Die von S. zu bearbeitenden Klageausfertigungen sind nach der Aussage des Bureauvorstehers B. keineswegs insgesamt rein formularmäßig zu erledigen, vielmehr befinden sich auch solche darunter, bei denen S. den Tatbestand nach dem Akteninhalt selbständig zu formulieren hat. Ferner kann S. seine englischen Sprachkenntnisse insofern praktisch verwerten, als er hin und wieder englische Briefe liest und auch Schreiben in englischer Sprache anfertigt. S. wird mithin neben seiner Stenotypistentätigkeit in nicht unbedeutendem Umfang — S. gibt an, daß er fast täglich Ausfertigungen zu bearbeiten hat — mit einer ihrer Natur nach höheren, mehr geistigen Tätigkeit beschäftigt und erhebt sich somit über den Personenstand, der nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauch und vom Standpunkt wirtschaftlicher Auffassung dem Arbeiter- und niederen Betriebsbeamtenstand angehört. Der Beschwerde war somit der Erfolg zu versagen. (Breithaupt.)

Die Frage, ob Marken, deren rechtsgültige Verwendung nach § 1445 Abs. 3 RVO. unanfechtbar geworden ist, als Pflichtmarken oder als Selbstversicherungsmarken zu gelten haben, ist nach den Umständen des einzelnen Falls zu beurteilen.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 7. Januar 1913.

Nachdem die Vorschriften des Vierten Buches der Reichsversicherungsordnung mit dem 1. Januar 1912 in Kraft getreten sind, hätte das Schiedsgericht im Hinblick auf Art. 79 Einf.Ges. zur RVO. zunächst zu prüfen gehabt, ob etwa die Anwendung des § 1445 Abs. 3 RVO. zu einem für den Kläger günstigen Ergebnis führt. In diesem Falle konnte die Frage unerörtert bleiben, ob der Kläger als Kolporteur für die Calwer Missionsgesellschaft nach der besonders gearteten Lage des Falls versicherungspflichtig war. Nach § 1445 Abs. 3 RVO. kann nach Ablauf von 10 Jahren seit Aufrechnung der Quittungskarte die rechtsgültige Verwendung der in der Aufrechnung bescheinigten Marken nicht mehr angefochten werden, es sei denn, daß der Versicherte oder sein Vertreter oder ein zur Fürsorge für ihn Verpflichteter die Verwendung der Marken in betrügerischer Absicht herbeigeführt hat. Die Quittungskarte 2 des Klägers ist am 30. Dezember 1896 aufgerechnet. Da der Vorstand der Beklagten die rechtsgültige Verwendung der in den beiden ersten Quittungskarten enthaltenen 104 Beitragsmarken erst in dem schwebenden Rentenverfahren angefochten hat, das durch den Rentenantrag vom 21. Juli 1911 eingeleitet worden ist, sind diese Marken durch die neue Vorschrift des § 1445 Abs. 3 a. a. O. geschützt. Aus den für sie verwendeten Beiträgen

Digitized by Google

ist dem Kläger ein unanfechtbares materielles Versicherungsrecht erwachsen. Die so geschützten Beiträge gelten entweder als Pflicht- oder als Selbstversicherungsbeiträge und begründen das Recht zur Weiterversicherung oder zur Fortsetzung der Selbstversicherung (zu vgl. Revisionsentsch. 1600 und 1601, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 680, 681). Ob die Absicht bestanden hat, die Beiträge zur Erfüllung der Versicherungspflicht oder in Ausübung der Versicherungsberechtigung zu entrichten, kann nur aus den Umständen geschlossen werden, unter denen die Markenverwendung erfolgte. Dafür, daß der Kläger die Versicherungsberechtigung habe ausüben wollen, bieten die Akten keinen Anhalt. Dagegen sprechen mehrere Umstände — die wiederholt in den Akten zum Ausdruck gebrachte Ansicht sowohl des Klägers als auch seines Arbeitgebers, daß die Tätigkeit als Kolporteur der Versicherungspflicht unterliege, ferner die Tatsache, daß sich der Arbeitgeber an der Aufbringung der Beiträge beteiligt hat, und besonders die Verwendung einfacher Marken an Stelle der unter der Herrschaft des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes (§ 120) für die Selbstversicherung vorgeschriebenen Doppelmarken — für die Annahme, daß die Absicht der Beteiligten bei der Markenverwendung dahin gegangen ist, der Versicherungspflicht zu genügen. Hiernach und da auch weiterhin für die Annahme, daß die Verwendung der Marken in betrügerischer Absicht herbeigeführt sei, aus den Akten sich nichts ergibt, haben die durch Zeitablauf geschützten 104 Marken als rechtwirksame Pflichtmarken zu gelten. Da sich aus ihnen das Recht zur Weiterversicherung herleitet, ist auch die gesetzliche Wartezeit von 200 Beitragswochen erfüllt.

(Breithaupt.)

Verfahren zur Streitentscheidung über einen Anspruch auf Hausgeld aus § 1273 RVO.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 19. Februar 1913.

Die Revision macht mit Recht geltend, daß das in den §§ 1613 ff. RVO. geregelte Feststellungsverfahren sich nur auf solche Leistungen bezieht, die Gegenstand der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind. Gegenstand dieser Versicherung sind aber nach § 1250 RVO. Invaliden- oder Altersrenten, sowie Renten, Witwengeld und Waisenaussteuer für Hinterbliebene (zu vgl. auch § 1630 a. a. O.). Demgemäß ist das Verfahren nach § 1613 ff. a. a. O., §§ 73 ff. der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter nicht einzuleiten, wenn es sich um andere Leistungen der Versicherungsträger, wie das Heilverfahren nach § 1269 RVO. oder die Gewährung des Hausgeldes nach § 1271 RVO. handelt (zu vgl. auch Revisionsentsch. 539, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1896 S. 502). Hieran wird dadurch nichts geändert, daß durch die Einleitung des Heilverfahrens nach § 1269 RVO. beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 1271 RVO. eine Verpflichtung des Versicherungsträgers zur Gewährung des Hausgeldes begründet wird. Denn diese Verpflichtung stellt nicht eine Leistung dar, die durch den Eintritt des Versicherungsfalls bedingt wird, vielmehr stellt sie nur eine Ergänzung einer freiwilligen Leistung dar, die vom Gesetze in der Absicht anerkannt wird, dem Versicherungsträger die Möglichkeit zu verschaffen, den Eintritt des Versicherungsfalls zu verhüten oder wieder zu beseitigen. Hätte der Gesetzgeber eine Erledigung des Anspruchs auf Hausgeld nach § 1271 RVO. in dem ordentlichen Rentenstreitverfahren zulassen wollen, so hätte folgerichtig auch die Vorschrift des § 1624 RVO, § 88 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter auf diesen Anspruch ausgedehnt werden müssen, wonach bei Altersrente, Waisenrente, Beginn und Höhe der Renten überhaupt und anderen weniger wichtigen Ansprüchen eine mündliche Verhandlung des Versicherungsamts und der Versicherungsvertreter nicht stattfindet. Ebenso lag es nahe, im § 1696 RVO. die Revision für die auf Grund der Invalidenversicherung erhobenen Ansprüche auf Hausgeld in gleicher Weise auszuschließen, wie dies im § 1695 Nr. 1 a. a. O. bezüglich der auf Grund der Krankenversicherung erhobenen Ansprüche auf Hausgeld geschehen ist. Vor allem hat aber der Gesetzgeber selbst im § 1273 RVO. für die Erledigung von Streitigkeiten aus §§ 1269 ff. ein einfaches und schnelles Verfahren vorgesehen, und zwar aus der offenbar berechtigten Erwägung, daß die Anordnung eines Heilverfahrens und die Unterstützung der Angehörigen des Versicherten während der Durchführung des Heilverfahrens — wie auch der Beklagte zutreffend hervorhebt — Angelegenheiten sind, die einer möglichst schleunigen Erledigung bedürfen, und bei denen durch eine Verzögerung, wie sie bei der Vorbereitung und Vorberatung durch das Versicherungsamt häufig unvermeidlich wäre, die Versicherten und ihre Angehörigen geschädigt werden könnten. Nach alledem ist die Auffassung des Oberversicherungsamts, daß für Ansprüche auf Hausgeld nach § 1271 RVO. das Verfahren gemäß §§ 1613 RVO. — und demgemäß hier die Vorbereitung und Entscheidung der Sache durch den Geschäftsausschuß des Beklagten (§ 112 RVO., Erlaß des Königlich Preußischen Ministers für Handel und Gewerbe, betreffend Ausführung der Reichsver-

Digitized by Google

sicherungsordnung im Bereiche der Bergverwaltung, vom 29. Dezember 1911, Ministerialblatt der Handel- und Gewerbeverwaltung 1912 S. 5) — Platz zu greifen hätte, rechtsirrtümlich. Das Oberversicherungsamt war daher nicht berechtigt, die Sache, soweit sie den Anspruch auf Hausgeld betraf, an den Beklagten zur Nachholung des Verfahrens gemäß §§ 1613 ff. RVO. zurückzuverweisen. Demzufolge war die Vorentscheidung, soweit sie diese Zurückverweisung ausspricht, aufzuheben.

Ueber die Beschwerde des Klägers wegen Nichtgewährung des Hausgeldes hat nunmehr das Oberversicherungsamt gemäß § 1273 RVO. zu entscheiden.

Dabei ist rechtlich ohne Bedeutung, daß der Beklagte die Ablehnung der Gewährung des Hausgeldes unzulässigerweise in dem berufungsfähigen Rentenablehnungsbescheid vom 6. Juli 1912 ausgesprochen hat. Durch dies Verfahren kann der Rechtsmittelzug an sich nicht geändert werden, zumal da der Anspruch auf Hausgeld in keiner Beziehung zu dem Anspruch auf Rente steht, und die Erledigung eines Streites hierüber bei der Rentenfeststellung nicht in Betracht kommt; es handelt sich vielmehr bei diesem Anspruch um einen Streitfall, für dessen Entscheidung grundsätzlich das Rentenfeststellungsverfahren nicht zugelassen ist. Die bei einer gegenteiligen Annahme vorliegende Möglichkeit, den Anspruch auf Hausgeld in dem Verfahren nach §§ 1613 ff. und in dem sich etwa anschließenden Berufungs- und Revisionsverfahren zu erörtern, also in das Rentenfeststellungsverfahren hereinzuziehen ist — wie oben dargelegt — mit § 1250 RVO. nicht zu verneinen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Auskunfterteilung von Behörden an gemeinnützige Rechtsauskunftstellen.

Das Königlich Sächsische Ministerium des Innern hat am 25. Juli 1913 an die Kreishauptmannschaften folgenden Erlaß gerichtet: „Die sächsischen gemeinnützigen und unparteiischen Rechtsauskunfts- und Frauenrechtsschutzstellen haben sich zu einer zwanglosen Vereinigung behufs Beratung und Förderung ihrer gemeinsamen Angelegenheiten mit dem derzeitigen Vorort Chemnitz zusammengeschlossen und dem Ministerium des Innern vorgestellt, daß zwar den gemeinnützigen Bestrebungen dieser Rechtsauskunfts- und Frauenrechtsschutzstellen im allgemeinen von seiten der staatlichen und städtischen Behörden freundliches Wohlwollen und Förderung entgegengebracht werden, im besonderen jedoch die Unterstützung der Polizeiämter vielfach insofern fehle, als diese sich nicht zu unentgeltlicher Auskunftserteilung bereitfinden ließen. An diese Vorstellung ist die Bitte geknüpft worden, den beteiligten Behörden anheimzugeben, auf möglichste Förderung der gemeinnützigen und unparteiischen Rechtsauskunfts- und Frauenrechtsschutzstellen, insbesondere auch durch unentgeltliche Auskunftserteilung, bedacht zu sein. Das Ministerium des Innern trägt keine Bedenken, dieser Bitte hierdurch zu entsprechen".

Anrechnung von Krankenrenten auf die Dienstbezüge städtischer Angestellter

Die „Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages" (1913 Sp. 131) enthalten folgendes Ergebnis einer Rundfrage:

Nach § 1255 Abs. 4 RVO. wird eine Invalidenrente auch bei vorübergehender Invalidität oder nach Wegfall des Krankengeldes für die weitere Dauer der Invalidität gewährt (Krankenrente).

Eine Anrechnung solcher Krankenrenten auf die Dienstbezüge städtischer Angestellter ist vorgesehen in:

Altona, Berlin, Breslau, Gelsenkirchen, Kiel, Mannheim, Schöneberg.

Gelsenkirchen bringt bei Fortzahlung des vollen Gehalts die Krankenrenten später von den Dienstbezügen in Abzug. In Kiel ist der Abzug durch die Bestimmungen über Fortzahlung des Lohnes an die ständigen Arbeiter bei Behinderung der Dienstleistung vom März 11 vorgesehen, welche die ausdrückliche Vorschrift enthalten: „Alles, was den Arbeitern infolge eingetretener Behinderung anderweit auf Grund rechtlichen Anspruchs zusteht, wird auf den fortzuzahlenden Lohn angerechnet."

Aehnlich bestimmt die Urlaubsordnung in Berlin: „Alle Bezüge, die der Erkrankte aus Anlaß seiner Erkrankung oder eines dieser zugrunde liegenden Unfalls aus Krankenkassen oder sonst städtischen Mitteln erhält — mit Ausnahme von Unterstützungen — werden auf die Dienstbezüge in Abrechnung gebracht."

Auch in Düsseldorf kommt die Krankenrente gegebenenfalls anscheinend zur Anrechnung. Die Bestimmungen lauten:

„In allen Fällen kommen jedoch die Beträge in Abzug, die dem Erkrankten für die Dauer der Fortzahlung des Lohnes oder der Vergütung etwa aus einer auf Grund gesetzlicher Verpflichtung bestehenden Kranken oder Unfallversicherung zustehen (Krankengeld, Unfallrente usw.) und ferner etwaige sonstige Bezüge, zu denen auch die Beträge zu rechnen sind, die dem Erkrankten aus einer etwaigen freiwilligen Krankenversicherung zufließen, zu der die Stadt vergünstigungsweise die Hälfte der Beiträge leistet."

Chemnitz hat keine allgemeinen Vorschriften, nach den Arbeitsordnungen verschiedener städt. Betriebe und Verwaltungen kann aber bis zum Wiedereintritt der Erwerbsfähigkeit oder bis zur Zahlung von Ruhegeld eine Unterstützung (also keine Lohnfortzahlung) gewährt werden bis zur Höhe des Lohnes, auf die Geldleistungen der Krankenkassen usw. anzurechnen sind.

In Duisburg und Fürth ist der Fall noch nicht

Digitized by Google

praktisch geworden, es würde jedoch gegebenenfalls Anrechnung erfolgen (Fürth: nach den dort bestehenden Normen; Duisburg: „selbstverständlich").

Auch Crefeld und Dortmund teilen mit, daß der Fall noch nicht eingetreten ist, Dortmund weist zugleich darauf hin, daß Erlaß einer besonderen Bestimmung auch kaum praktische Bedeutung haben würde, da die Angestellten die Vergütung nur bis zur Dauer von 26 Wochen fortbeziehen, andererseits Angestellte, die Krankenrente beziehen, kaum voll beschäftigt werden können und deshalb keine volle Vergütung erhalten.

Auskunftpflicht des Rentenausschusses.

Nach § 122 Nr. 4 AVG. in Verbindung mit § 9 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Rentenausschüsse vom 14. Februar 1913 liegt dem Vorsitzenden des Rentenausschusses ob, in Angelegenheiten der Angestelltenversicherung Auskunft zu erteilen.

Die Erfüllung dieser Pflicht bereitet dann keine Schwierigkeiten, wenn es sich um Anfragen handelt, auf die eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht zweifellose Antwort möglich ist. Andernfalls muß berücksichtigt werden, daß der Gegenstand der Anfrage zum Gegenstand eines Streitverfahrens werden kann, in dem nach dem Rentenausschuß — von Ausnahmefällen abgesehen — noch das Schiedsgericht oder gar das Oberschiedsgericht zu entscheiden haben, deren Stellungnahme sich natürlich nicht voraussehen läßt. Deshalb kann in zweifelhaften Fällen nur die Ansicht des Rentenausschusses mitgeteilt werden. Aber auch von einer Ansicht des Rentenausschusses zu sprechen, ist mißlich, da im Streitverfahren mit der Zuziehung von Beisitzern zu rechnen ist, deren Auffassung sich mit der des Vorsitzenden nicht zu decken braucht. Mithin kann die Auskunft nur erteilt werden unter Vorbehalt der Entscheidung, die in einem etwa anhängig werdenden Streitverfahren von irgendeiner Instanz ergehen wird.

Dieser Vorbehalt wird doppelt bedeutsam, wenn die Anfrage einen Sachverhalt gibt, dessen Richtigkeit und Vollständigkeit in tatsächlicher Hinsicht nicht feststeht. Solange nur eine Auskunft erbeten wird, darf der Rentenausschuß die Richtigkeit und Vollständigkeit der ihm gemachten Angaben unterstellen und die Aufklärung der tatsächlichen Verhältnisse durch Beweiserhebungen einem etwaigen Streitverfahren überlassen. Aber er muß den Anfragenden hierauf hinweisen, damit die Bedeutung der Auskunft richtig gewürdigt wird.

So erklärt sich unter anderem der Vordruck, den der Rentenausschuß auf Anfragen über den Umfang der Versicherungspflicht zu benutzen pflegt:

> „Auf Grund der uns gemachten Angaben halten wir . . . für (nicht) versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.
>
> Diese Auskunft ergeht vorbehaltlich unserer Entscheidung in einem etwa anhängig werdenden Streitverfahren gemäß § 210 AVG."

Demnach ist es möglich, daß der Rentenausschuß eine Auskunft erteilt, die von unrichtigen tatsächlichen Voraussetzungen ausgeht. Hierbei braucht nicht einmal an Fälle einer absichtlichen Irreführung gedacht zu werden. Auch die Berichterstattung des gutgläubigen Anfragenden wird durch seine persönliche Beurteilung der Sachlage beeinflußt, indem er vornehmlich diejenigen Umstände mitteilt, auf die es nach seiner Ansicht ankommt. Handelt es sich z. B. um eine Anfrage über den Umfang der Versicherungspflicht, so ist oft das Verhältnis der betriebsleitenden zu der auf körperlicher Mitwirkung beruhenden Tätigkeit entscheidend. Ob die einen oder die anderen Aufgaben überwiegen, wird auch dem unbefangenen Beurteiler häufig zweifelhaft sein. Um so natürlicher ist es, daß der von der Anfrage Betroffene die Dinge in einem seiner Auffassung günstigen Lichte sieht und dementsprechend seine Angaben macht.

Auf diese Weise ist der Ausnahmefall denkbar, daß zwei Anfragen, die von verschiedenen Personen über denselben Gegenstand eingereicht werden, verschieden beantwortet werden. Die Lösung eines solchen Widerspruches wird dann durch das Streitverfahren gegeben, zu dessen Einleitung die Beteiligten sich gezwungen sehen, da jede Partei sich auf die ihr günstige Auskunft beruft. Im Streitverfahren werden alle Beteiligten gehört und die erforderlichen Beweise erhoben. Auf dieser Grundlage wird eine Entscheidung gefällt, die durch Rechtsmittel, in dem erwähnten Beispiel durch Beschwerde anfechtbar ist. Ist sie rechtskräftig, oder hat die letzte Instanz gesprochen, so haben die Beteiligten die gewünschte endgültige Feststellung.

Statistisches aus der Krankenversicherung.

(Kl.) Der Hauptverband von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich hatte auf seiner Jahresversammlung 1911 ein Gesuch an den Bundesrat beschlossen, einheitliche Statistiken nach bestimmten Gesichtspunkten anzuordnen. Dem ist bis jetzt nicht Folge gegeben worden. Der Hauptverband hat deshalb über Fragen, die ihm besonders interessierten, selbst eine Statistik aufgenommen. Zur Grundlage dienten die wirtschaftlichen Ergebnisse des Jahres 1912.

Es gingen brauchbare Antworten von 379 Kassen mit $3^1/_2$ Millionen Mitgliedern ein. Von diesen hatten:

A. 58 Kassen mit 355996 Mitgliedern Kassenärzte festangestellt,

B. 183 Kassen mit 1589367 Mitgliedern durch die Kassenorgane für die Behandlung der Mitglieder eine dem Bedürfnis entsprechende Zahl Aerzte bestimmt, und unter diesen den Mitgliedern freie Wahl gelassen — d. h. beschränkt freie Aerztewahl eingeführt,

C. 111 Kassen mit 1380140 Mitgliedern, die (vom deutschen Aerztetage und dem Leipziger wirtschaftlichen Verband der Aerzte propagierte) bedingt freie Arztwahl, d. h. die Mitglieder freie Wahl unter denjenigen dem Leipziger wirtschaftlichen Verband angehörenden Aerzten gelassen, welche sich unter Kontrolle dieses Verbandes und durch denselben zur Verfügung stellen, wobei die Verträge nicht durch die einzelnen Aerzte, sondern von der örtlichen Organisation des Leipziger Aerzteverbandes vereinbart, auch die Arzthonorare an diese Arztorganisation anstatt an den einzelnen Arzt gezahlt werden, und

D. 27 Kassen in durchschnittlich kleinen Orten mit 77172 Mitgliedern, den Mitgliedern alle Aerzte des Ortes ohne Mitwirkung der ärztlichen Organisation zu C. zur Verfügung gestellt (absolut freie Arztwahl).

Die Kassen erheben im Durchschnitt 3,85% der Löhne oder 37,55 M. pro Mitglied an Beiträgen. Auf die Kassen der einzelnen Gruppen verteilt sich das wie folgt:

A.	mit festangestellten Aerzten	3,60%	oder	34,23 M.,
B.	„ beschränkt freier Arztwahl	3,81%	„	36,24 „
C.	„ bedingt „ „	3,98%	„	40,20 „
D.	„ absolut „ „	3,51%	„	32,38 „

pro Mitglied.

Die durchschnittliche Höhe des Krankengeldes betrug 52,19% des versicherten Lohnes. Der Satz wurde von den Gruppen B und C nicht erreicht, von den Kassen A und D überschritten. Bei den Kassen C trat im Jahre

Digitized by Google

1912 eine Ermäßigung der Höhe des Krankengeldes um 0,89 % ein. Die Dauer der Krankenhilfe beträgt bei allen Kassen wie im Vorjahre durchschnittlich 27,65 Wochen. Die gesetzliche Wartezeit von drei Tagen für die Gewährung des Krankengeldes im Falle der Erwerbsunfähigkeit ist von 345 Kassen verkürzt worden. In Wirklichkeit beträgt die Karrenzzeit im Durchschnitt nur noch 2,06 Tage. Von je 100 Mitgliedern überhaupt erhalten das Krankengeld auch an den Wochenfeiertagen 69,5; auch an Sonntagen 23,8.

Schwangerschaftsunterstützung gewähren 38 Kassen mit 631324 Mitgliedern, davon 13 bis zur Dauer von 6 Wochen, 2 noch länger. 2 Kassen gewähren jetzt schon die Wöchnerinnenunterstützung in der Dauer von 8 Wochen, 5 bezahlen die Hebammendienste. Das Sterbegeld wird nur bei 158 Kassen im gesetzlichen Mindestbetrag gewährt; die übrigen haben es erhöht. Familienunterstützung in irgendeiner Form gewähren ohne Erhebung von Zusatzbeiträgen 187 Kassen, gegen Leistung von Zusatzbeiträgen 40 Kassen. Die Ziffern zeigen, daß die Leistungen der Kassen des Hauptverbandes gut ausgebaut sind.

Von je 10000 Mitgliedern wurden 4831 erwerbsunfähig. Die Unterstützungsdauer betrug 10,5 Tage pro Mitglied. Auf die einzelnen Gruppen der Kassen verteilt sich das so:

Erwerbsunfähigkeitsfälle:

A.	4210	Männer,	3707	Frauen,	4026	Mitgl.	überhaupt
B.	4860	„	4463	„	4701	„	„
C.	5337	„	4984	„	5218	„	„
D.	4624	„	3423	„	4304	„	„

Unterstützungstage:

A.	9,2	Tage	auf 1	Mitglied
B.	10,6	„	„ 1	„
C.	10,9	„	„ 1	„
D.	7,8	„	„ 1	„

Die Sterblichkeit ist von 773 pro 100000 Versicherten im Jahre 1911 auf 744 im Berichtsjahr gefallen.

Die Unterstützungsausgaben betrugen 32,59 Mk. pro Mitglied überhaupt. Während die Unterstützungsausgaben der Kassen in Gruppe D um 15,6 %, der Kassen in Gruppe A um 12,1 % und der Kassen in Gruppe B um 2,6 % hinter dem Durchschnitt aller Kassen zurückbleiben, überragt die Unterstützungsausgabe der Kassen in Gruppe C den Durchschnitt um 7,1 %, was einer Mehrausgabe dieser Kassengruppe von 3201925 M. entspricht. Stellt man diese Unterstützungsmehrausgabe der Mehreinnahme der Kassen in Gruppe C an 3648543 M. gegenüber, so bleiben — freilich auf Kosten der Mitglieder und ihrer Arbeitgeber — noch 446618 M. zur Auffüllung des Reservefonds.

Das Gesamtvermögen der Kassen pro Mitglied stieg von 23,59 M. im Jahre 1911 auf 25,89 M. im Jahre 1912, der Reservefonds dagegen nur von 20,22 M. auf 20,48 M. Auch hier zeigt sich wieder, daß die Kassen der Gruppe C trotz ihrer wesentlich höheren Beiträge nicht zu prosperieren vermögen, da ihre Reserven nur 19,72 M. gegenüber 20,48 M. im Durchschnitt aller Kassengruppen betragen, was einem Manko von 1078906 M. gleichkommt, während die Kassen der Gruppe B für jedes Mitglied gegenüber dem Durchschnitt 0,53 M., das sind 842364 M., und diejenigen der Gruppe A bei 1,14 M. pro Kopf 405825 M. für ungünstige Zeitläufe aufsparen konnten.

(Kl.) Aerzte und Krankenkassen im Königr. Sachsen.

Im Königreich Sachsen ist dem Verlangen der Aerzte nach staatlicher Hilfe zuerst entsprochen und bereits im Jahre 1896 ein Gesetz geschaffen worden, welches die Wünsche der Aerzte regelt. Wir haben bereits in der Arb.-Versorgg. 1900 Nr. 12 und 1904 Nr. 6 das Wesentlichste über das Gesetz mitgeteilt. Das Gesetz schreibt vor, daß ausnahmslos jeder praktisch tätige Arzt dem für ihn zuständigen ärztlichen Bezirksverein angehören und die vorgeschriebenen Beiträge für diesen bezahlen muß. Die Bezirksvereine sind vereinigt zu Kreisvereinen (Aerztekammern) für jede Kreishauptmannschaft. Die Obliegenheiten der Vereine (außer den Geschäftlichen) regelt die „Standesordnung". Dieselbe enthält Bestimmungen über die allgemeinen Pflichten des Arztes, über die öffentliche Anpreisung ärztlicher Hilfe, den Kauf und Verkauf ärztlicher Praxis usw. Besonders ist auch das Verhältnis zu den Krankenkassen geregelt. Verträge mit öffentlichen und privaten Korporationen, wozu natürlich auch die Krankenkassen gehören, sind vor ihrem endgültigen Abschluß dem Bezirksverein zur „Begutachtung" vorzulegen. Die Standesordnung sieht dann noch ein „Ehrengerichtsverfahren" vor. Wer sich von den Aerzten gegen die Standesordnung vergeht, wird vor die Ehrengerichte gestellt und ev. zu Geld- oder sonstigen Strafen verurteilt.

Die Wirksamkeit der Aerztevereine war natürlich auf Durchführung der allgemeinen ärztlichen Forderungen wie Erhöhung der Honorare, Einführung der freien Arztwahl usw. gerichtet. Die Art und Weise, wie die Vereine ihre Tätigkeit ausübten, hat schon zu zahlreichen Petitionen an die Landesgesetzgebung um Aufhebung oder Aenderung des Gesetzes geführt. Die Gesetzgebung konnte sich dem Verlangen auch nicht entziehen und nahm im Jahre 1904 eine Aenderung des Gesetzes vor.

Am besten läßt sich die Wirkung der ärztlichen Bezirksvereine durch die Krankenkassenstatistik nachweisen. Die freie Vereinigung sächsischer Ortskrankenkassen, die alljährlich aus den Geschäftsberichten der ihr angehörenden Kassen Statistiken aufnimmt, hat folgendes festgestellt:

Es zahlten die der Vereinigung angehörenden

180	Kassen	1894	= 1244633 M.	= 3,31 M.	pro	Mitgl.
168	„	1896	= 1425394 „	= 3,64 „	„	„
151	„	1898	= 1773199 „	= 4,11 „	„	„
130	„	1900	= 2042356 „	= 4,55 „	„	„
131	„	1902	= 2254829 „	= 4,85 „	„	„
134	„	1904	= 2773007 „	= 5,02 „	„	„
135	„	1906	= 3492077 „	= 5,69 „	„	„
151	„	1908	= 4138412 „	= 6,08 „	„	„
154	„	1910	= 4590470 „	= 6,40 „	„	„
156	„	1912	= 5685501 „	= 6,73 „	„	„

Seit der Einführung des Gesetzes hat sich hiernach das Arzthonorar pro Kassenmitglied fast verdoppelt. Die amtliche Krankenkassenstatistik weist folgende Resultate auf:

Jahr	Zahl sämtlicher Kassen in Sachsen	Gesamtausgaben an ärztlicher Behandlung	pro Mitglied
		M.	M.
1895	2366	3 269 008	3,39
1897	2428	4 015 624	3,79
1899	2464	4 867 008	4,25
1901	2455	5 218 000	4,40
1903	2410	5 687 000	4,61
1905	2380	6 904 516	5,20
1907	2371	8 046 484	5,60
1909	2357	8 820 485	5,68
1911	2338	10 399 178	6,85

Digitized by Google

Mit diesen Zahlen hat — und hierin kennzeichnet sich das Verfahren der sächsischen Aerzte am besten — das Königreich Sachsen stets über dem Reichsdurchschnitt gestanden. Bei sämtlichen Kassen des Reiches entfielen auf die ärztliche Behandlung pro Mitglied 1905 = 4,75 M., 1907 = 5,22 M, 1909 = 5,70 M.

Im Königreich Sachsen sind insgesamt 2200 Aerzte vorhanden. Hiervon üben aber nur (vgl. statistisches Jahrbuch für das Königreich Sachsen) noch nicht einmal 2000 die Privatpraxis aus. Verteilen wir die von den Krankenkassen ausgegebenen Summen auf diese Aerzte, so ergibt sich, daß jeder Arzt rund 5200 M. erhalten hat. Im Königreich Sachsen werden (siehe amtliche Statistik der Krankenversicherung für das Deutsche Reich 1910, S. 17) von dieser Versicherung 327 Personen pro 1000 Einwohner erfaßt. Das ist annähernd ein Drittel der Bevölkerung. Bezahlt also das der Krankenversicherung nicht unterstehende Publikum die ärztliche Behandlung auch so wie die Kassen, hat jeder Arzt durchschnittlich 15600 M. Einkommen pro Jahr.

Die Maßnahmen der sächsischen Aerzte richteten sich allerdings gleichmäßig gegen alle Kassen. Das zeigt folgende Tabelle.

Art der Kassen	Zahl der Kassen	Gesamtausgabe für ärztliche Behandlung	pro Mitglied
Gemeindekrankenversicherungen	610	653 383	4,62
Ortskrankenkassen . .	661	6 334 489	6,16
Betriebskrankenkassen .	870	2 462 135	7,48
Innungskrankenkassen .	115	339 095	7,02
Eingeschr. Hilfskassen .	82	610 076	6,78

Wenn hiernach die Ortskrankenkassen gegenüber den Betriebskrankenkassen etwas zurückstehen, so hat das seinen Grund darin, daß einige der größten Ortskrankenkassen Sachsens wie die in Dresden, Chemnitz, Plauen usw. fest angestellte Kassenärzte, Polikliniken, Zahnkliniken und ähnliches haben, wodurch die Aufwendungen für die Aerzte etwas herabgedrückt werden.

Die eigenartige Organisation der Aerzte in Sachsen ist auch für den Neuabschluß der Arztverträge mit den Kassen anläßlich des Inkrafttretens der Reichsversicherungsordnung von großer Bedeutung. Wie sonst im Reich, so haben auch in Sachsen die Aerzte ihre seitherigen Verträge zum 1. Januar 1914 gekündigt. In einer Anweisung an die Aerzte von ihren Führern heißt es über den Neuabschluß der Verträge:

„Das Kgl. Sächsische Ministerium des Innern hat es in einem Anschreiben vom 8. Dezember 1911 (1570 II m) den ärztlichen Bezirksvereinen untersagt, zu dulden, daß sich zwischen sie und die Kassen eine Zwischeninstanz — gemeint sind die geplante Vertragszentrale, wahrscheinlich auch die Vereine der Kassenärzte — einschiebt. Diesem Erlaß wird dadurch Rechnung getragen, daß die ärztlichen Bezirksvereine nach wie vor ihr Gutachten über abgeschlossene Verträge nach § 15 der Standesordnung abgeben. — In der letzten Sitzung des Landesgesundheitsamtes hat sich Herr Min.-Dir. Geh. Rat Rumpelt dahin ausgesprochen, daß nach der Aerzteordnung die Kassen gezwungen sind, mit den Bezirksvereinen zu verhandeln. Dies trifft insofern nicht ganz zu, als nach den zu § 4 der Aerzteordnung gegebenen Erläuterungen den Bezirksvereinen lediglich eine vermittelnde Rolle zugestanden ist. Wenn es also die Kassen ablehnen, mit den Vereinen der Kassenärzte zu verhandeln, so können an deren Stelle nicht ohne weiteres die Bezirksvereine eintreten.

Es haben dann zunächst die beteiligten Kassenärzte mit der Kasse zu verhandeln, und erst, wenn eine Einigung nicht zu erzielen ist — worauf sich ja ärztlicherseits in jedem Falle hinarbeiten läßt —, haben die Organe der ärztlichen Bezirksvereine, ev. unter Mitwirkung der zuständigen Aufsichtsbehörde, einzugreifen. Kommt auch jetzt eine Einigung nicht zustande, so dürfen wiederum die beteiligten Kassenärzte mit der Kasse verhandeln, haben aber § 15 der Standesordnung zu beobachten. Der ärztliche Bezirksverein hat dann die Begutachtung der Verträge, in Honorarfragen entscheidet der Ehrenrat."

Mit der Anweisung, darauf hinzuarbeiten, daß eine Einigung nicht zustande kommt, sind von vornherein die Verhandlungen mit den Aerzten zwecklos geworden.

Verbesserung der Leistungen aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung?

Die Klagen über Unzulänglichkeit der Leistungen aus der Invalidenversicherung sind alt und erstrecken sich seit Geltung des neuen Rechts auch auf die Hinterbliebenenversicherung. Es liegt nahe, Verbesserungsvorschlägen in dieser Hinsicht einstweilen mit dem Hinweis zu begegnen, daß das neue Recht doch erst Anfang 1912 in Kraft getreten sei und seine Wirkung erst abgewartet werden müsse. Solchem Einwande tritt im „Berl. Tagebl." vom 23. September der Arbeitersekretär Erkelenz mit folgenden Ausführungen entgegen:

Die Hinterbliebenenversicherung wurde an die Invalidenversicherung angebaut. Um die nötigen Gelder aufzubringen, wurde zunächst eine allgemeine Beitragserhöhung durchgeführt, die zwischen 14 2/7 und 33 1/3 % des bisherigen Beitrages schwankt. Es wurden ferner gewisse seitherige Leistungen abgeschafft. Dazu gehört vornehmlich die Beitragserstattung an Frauen, die sich verehelichen usw. Für diesen letzteren Zweck wurden in 1911 rund 10246000 M. ausgelegt. Die finanzielle Wirkung dieser Maßnahmen war, daß die Beitragseinnahme in 1912, dem ersten Jahr der Wirksamkeit der neuen Bestimmung, von 192 Mill. auf 248 Mill., das ist um rund 56 Mill. M. stieg. Die Ausgaben verminderten sich um die erwähnten 10 Mill. M. Die Mehreinnahmen betrugen also rund 66 Mill. M. Außerdem waren aber die aus der bekannten lex Trimborn vom Zolltarif angesammelten 42 Mill. M. noch vorhanden.

Seit einiger Zeit liegen nun die Zahlen für 1912 über die Auslagen an Renten vor. Man wolle beachten, daß vom 1. Januar 1912 ab die Hinterbliebenen einer versicherten männlichen Person, die die Wartezeit für Invalidenrente erfüllt hatte, im Falle des Todes ihres Ernährers fast die vollen Ansprüche auf die Leistungen der Hinterbliebenenversicherung stellen konnten. Es wurden gezahlt 3336 Witwen- bzw. Witwerrenten, 98 Witwenkrankenrenten und 12479 Waisenrenten. Für diese Hinterbliebenenrenten hatte die Versicherung aufzuwenden 796728 M. Ergebnis: Mehreinnahme 66 Mill. M., Mehrausgabe rund 8 Mill. M. Infolgedessen ist die Gesamtausgabe für Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung überhaupt nicht gestiegen, sondern bleibt mit 179586843 M. um rund 400000 gegen die Gesamtausgaben von 1911 zurück. Dabei sind selbst diese Ziffern noch zu günstig; denn während die 66 Mill. M. reelle Mehreinnahme der Versicherungsträger waren, sind die 800000 M. Ausgaben für Hinterbliebenenrenten noch zum großen Teil aus der Reichskasse bezahlt. In den Gesamtausgaben ist weiter noch ein Betrag von 1700000 M. enthalten (Beitragserstattungen), der nur Rückstände aus 1911 betrifft. Anderenfalls hätten die

Digitized by Google

Versicherungsträger 2100000 M. weniger ausgegeben als 1911.

Hier muß offenbar entweder ein schwerer Rechenfehler der Versicherungsmathematiker des Reichsamts des Innern vorliegen, oder es sind nicht die Personen in den Besitz der Rente gelangt, die Anspruch darauf hatten. Sollen bei 15 Mill. Versicherten in einem Jahre nur 13962 Kinder (einschließlich der Sonderanstalten der Eisenbahn usw.) Waise werden? Wenn jemand erwidern sollte, daß bis 31. Dezember 1912 ja auch noch nicht alle eingegangenen Anträge erledigt werden konnten, so sei ihm gleich geantwortet, daß auch die Monatsausweise in 1913 bisher keine Steigerung erkennen lassen.

Stieg das Vermögen der Versicherungsträger schon bisher jährlich um 76 bis 97 Mill. M., so setzt sich dieser Prozeß nun noch rapider fort. Nach den Angaben des Reichsversicherungsamtes stieg das Vermögen aller Versicherungsträger in 1911 von 1759 Mill. M. auf 1900 Mill. M. in 1912. Die Steigerung beträgt 140 Mill. M. Und das, trotzdem das Gesetz jetzt 22 Jahre in Kraft ist und in nicht allzu langer Zeit der Beharrungszustand eintritt, die Auslagen also eigentlich stärker wachsen müßten als die Einnahmen. Die Versicherung könnte, wenn man die Reichszuschüsse abrechnet (53 Mill. M.), doppelt zu viel leisten, als sie jetzt tut, ohne ihr Kapital anzugreifen. Ist es volkswirtschaftlich oder versicherungstechnisch richtig, daß die Versicherung ein so unnötig hohes Vermögen ansammelt? Die Invalidenversicherung allein besitzt heute bereits den 150. Teil des deutschen Nationalvermögens.

An diese Darlegungen wird die Frage geknüpft und verneint, ob eine so starke Belastung der Gegenwart zugunsten der Zukunft erforderlich sei; und es wird angeregt, bei der im Jahre 1915 zu erwartenden Aenderung hinsichtlich der Altersrente auch die Hinterbliebenenversicherung von neuem zu prüfen.

Auf diese Ausführungen des Herrn Erkelenz nimmt eine Zuschrift des Herrn G. Jähnel, Berlin-Friedenau, Bezug. Er verweist auf seinen in Nr. 25 der Arb.-Versorgg. von 1913 veröffentlichten Aufsatz, worin er bereits u. a. für eine Erhöhung der Bezüge der Arbeiterwitwen und -waisen aus der reichsgesetzlichen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung eingetreten ist. Dabei machte er darauf aufmerksam, daß der kolossale Vermögensbestand der Versicherungsanstalten geradezu zu der Vermutung herausfordert, daß es den Versicherungsträgern möglich sein muß, auf Grund des heutigen Beitragsaufkommens bedeutend höhere Renten als die jetzigen zu gewähren. Im Hinblick auf die von Erkelenz angeführten Zahlen und seine Schlußfolgerungen bemerkt Herr Jähnel in seiner Zuschrift weiter:

„Mir standen bei Niederschrift des obigen Aufsatzes nicht die speziellen Rechnungsergebnisse der Versicherungsanstalten zur Verfügung, ich wollte auch meine aus früheren Rechnungsergebnissen (hauptsächlich auch nur aus denen der Landesversicherungsanstalt Berlin) geschöpfte Vermutung schon aus räumlichen Gründen nicht mit Zahlen bekräftigen. Da aber E. die Frage eingehend untersucht, benutze ich selbstverständlich seine Beweise zur Vervollständigung meiner früheren Ausführungen. Ergibt eine mathematische Prüfung — die immer abzuwarten bleibt — wirklich, daß auf Grund des heutigen Beitragsaufkommens die doppelten Hinterbliebenenrenten gezahlt werden könnten, so ist hiermit selbstverständlich mein zweiter Vorschlag, die Gemeinden zu den Kosten der Hinterbliebenenversicherung heranzuziehen, gegenstandslos geworden.

Immerhin verdient die Frage nicht vergessen zu werden."

Sprechsaal.

Ist eine satzungsmäßige Beschränkung der Wählbarkeit bei Krankenkassen zulässig?

Die „Betriebskrankenkasse" wirft in Nr. 18 S. 212 ff. diese Frage auf und bejaht sie, unter Berufung auf die gangbaren Kommentare zum Krankenversicherungsgesetz und zur Reichsversicherungsordnung, besonders für den Fall, daß als Voraussetzung der Wählbarkeit zu den Kassenorganen eine Kassenzugehörigkeit von gewisser Dauer verlangt wird. Die Praxis war auch bisher tatsächlich von dieser Auffassung, zu der das alte Musterstatut für Ortskrankenkassen im § 40 Abs. 3 anleitete, beherrscht, und in der Entscheidung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 14. April 1910, Reger 31 S. 46, ist eine solche Satzungsbestimmung ausgelegt, ohne daß ihre Zulässigkeit erwogen, also in Zweifel gezogen wäre. Eine andere höchstrichterliche Entscheidung über die Frage ist uns nicht bekannt geworden (das Urteil des preuß. OVG. vom 10. Januar 1907 in Arb.-Versorgg. 1907 S. 371 betrifft nicht diese Frage). Rechtsgründe für die Bejahung sind nirgends angeführt. Die „Betriebskrankenkasse" gründet ihre Ansicht auf folgende Zweckmäßigkeitserwägungen:

„Es steht außer Zweifel, daß es im besonderen Interesse der guten Leitung und Verwaltung einer Krankenkasse liegt, wenn die Mitglieder des Vorstandes wenig wechseln und möglichst ständig miteinander wirken. Aus dieser Erwägung heraus dürfte auch der Gesetzgeber in der Reichsversicherungsordnung die Wahlzeit auf vier Jahre festgesetzt haben. Bei Personen, die erst kurze Zeit in einem Betriebe arbeiten, besteht keinerlei Gewähr, daß sie auch in dieser Beschäftigung verbleiben und nicht bald wieder die Arbeitsstelle wechseln, zumal bei manchen Werken durch die Natur ihrer Arbeit oder durch andere Umstände ein großer Arbeiterwechsel besteht. Hingegen kann bei Personen, die schon einige oder längere Zeit in der Fabrik tätig sind, mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß sie in dem Arbeitsverhältnis verbleiben, wie die Erfahrungen zeigen, wechseln diese Arbeiter kaum. Personen, die einer Kasse schon längere Zeit angehören, haben an deren Gedeihen ein größeres Interesse als Arbeiter, die voraussichtlich nur kurze Zeit Mitglieder sind. Es ist offenbar, daß diese Gründe bei Betriebskrankenkassen noch mehr in die Wagschale fallen als bei Ortskrankenkassen.

Hierzu kommen bei den Betriebskrankenkassen noch mancherlei besondere praktische Erwägungen: Im Interesse der Sache liegt es, wenn sich bei einer Betriebskrankenkasse die Mitglieder des Vorstandes mit den Einrichtungen und Verhältnissen des Betriebes, die fast überall verschieden sind, vertraut gemacht haben, was nur durch eine gewisse Dauer der Beschäftigung in dem Werke möglich ist. Bei jeder Fabrik bestehen bestimmte Ueberlieferungen und besondere Beziehungen zwischen der Fabrikleitung und den Beschäftigten, die sich nach einiger Zeit der Beschäftigung anknüpfen und die ein Gemeinsamkeitsgefühl hervorrufen, dessen Ausflüsse meist sehr zur Hebung der Lage der Arbeiter beitragen. Häufig sind den Vorständen der Betriebskrankenkassen bestimmte

Digitized by Google

Fonds, Stiftungen, Wohlfahrtseinrichtungen u. dgl. zur Verwaltung übergeben, die auch gewisse besondere Erfahrungen erfordert. Arbeiter, die schon einige Zeit auf einem Werke arbeiten, pflegen auch in jeglicher Beziehung ruhiger und sachlicher zu denken als solche Arbeiter, die nicht selten die Arbeitsstelle wechseln. Die Genehmigung der betreffenden Satzungsbestimmungen dürfte außerordentlich im Interesse einer guten Durchführung der Krankenversicherung liegen."

Hierzu bemerken wir: Das Gewicht dieser praktischen Erwägungen ist nicht zu verkennen. Es fragt sich nur, ob die satzungsmäßige Beschränkung der Wählbarkeit auch eine rechtfertigende gesetzliche Grundlage hat. Die Autonomie der Krankenkassen (vgl. Preuß. OVG. 47 S. 355, Arb.-Versorgg. 1905 S. 356) ist beschränkt durch die Vorschrift, daß die Satzung nichts bestimmen, darf was gesetzlichen Vorschriften zuwiderläuft (§ 323 RVO.). Einzige gesetzliche Voraussetzungen der Wählbarkeit sind nach §§ 333, 335, 339, 341 RVO. Volljährigkeit und nach § 34 Ziff. 4 StGB. Besitz der bürgerlichen Ehrenrechte. Aus der Fassung dieser Vorschriften und aus § 337 RVO., der für einen besonderen Fall eine satzungsmäßige Ausnahme ausdrücklich zuläßt, muß man folgern, daß andere Beschränkungen der Wählbarkeit durch die Satzung nicht zulässig sind (Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 454 Anm. 1 b zu § 333). Wollte man das Gegenteil aus § 323 herleiten, so wäre der Willkür Tür und Tor geöffnet. Man könnte dann auch die Frauen von der Wählbarkeit ausschließen oder ein bestimmtes Religionsbekenntnis als Erfordernis aufstellen usw.

Können die Krankenkassen nach der Reichsversicherungsordnung im Wege der Rechtshilfe Einsichtnahme in die berufsgenossenschaftlichen Lohnnachweise verlangen?

Diese für den Betrieb der Krankenkassen außerordentlich wichtige Frage kann zurzeit noch nicht praktisch aufgeworfen werden, da das Krankenversicherungsgesetz sicherlich den Kassen keine derartigen Informationsbefugnisse einräumt und den Berufsgenossenschaften keine entsprechenden Pflichten auferlegt. Aber vom 1. Januar 1914 ab werden auch die Krankenkassen in den Grenzen der §§ 115, 116 RVO. gegenüber den anderen Versicherungsträgern Rechtshilfe beanspruchen können, und da entsteht die Frage, ob hieraus sich auch das Recht auf Einsicht in die berufsgenossenschaftlichen Lohnnachweise herleiten läßt. Die „Berufsgenossenschaft" (1913 S. 202) bringt im Rahmen einer Auskunft auf eine Anfrage folgende Ausführungen hierüber (die wir an dieser Stelle mitteilen, weil wir vermuten, daß sie Erörterungen auslösen können):

Für eine Verneinung dieser Frage würde man mit dem Hinweise darauf allein, daß der Inhalt der Lohnnachweise von den Organen und Verwaltungsstellen der Genossenschaften nach wiederholten Kundgebungen des Reichsversicherungsamts als ein Geschäfts- oder Betriebsgeheimnis der Mitglieder zu betrachten ist (Handb. der Unfallvers., 3. Aufl. Bd. I S. 570 und 639), und daß er hiernach den Schutz der Schweigepflicht nach § 142 zu genießen hat, noch nicht auskommen können. Denn der § 142 verbietet eine unbefugte Offenbarung solcher Geheimnisse an Dritte. Hätte aber dieser Dritte, die Krankenkasse, auf Grund der §§ 115, 116 RVO. ein gesetzliches Recht, die Offenbarung zu verlangen, und daher die ersuchte Berufsgenossenschaft die Pflicht, dem Verlangen zu entsprechen, so würde die Berufsgenossenschaft bei Erfüllung dieser Pflicht nicht mehr „unbefugt" handeln, den § 142 also nicht verletzen. Die allgemeine Schweigepflicht aus § 142 kann es also nicht rechtfertigen, einem nach §§ 115, 116 als berechtigt anzuerkennenden Ersuchen um Rechtshilfe den Erfolg zu versagen, sondern umgekehrt hängt es von der Berechtigung oder Nichtberechtigung des Ersuchers ab, ob in dem besonderen Falle die sonst geltende Schweigepflicht wegfällt oder bestehen bleibt. Hierüber jedoch muß man, da der Gesetzgeber nicht mit ausdrücklichen Worten dazu Stellung genommen hat, aus anderen Gesetzesbestimmungen den richtig zu vermutenden Willen des Gesetzgebers zu erforschen suchen. Eine größere Reihe von Vorschriften können uns dazu verhelfen.

1. Beitragshinterziehungen sind auf dem Gebiete der Krankenversicherung selbstverständlich ebenso unerlaubt, wie bei den anderen Versicherungszweigen. Mit ihren Strafvorschriften in den §§ 530 bis 534 und 536 bemüht sich die Reichsversicherungsordnung, die Krankenkassen vor solcher Schädigung zu schützen. Aber während sie die Berufsgenossenschaften zur „Ueberwachung" der Richtigkeit der Lohnnachweise, die der Beitragsbemessung zur Unterlage dienen sollen, ausdrücklich ermächtigt (§§ 876, 1030 und 1210) und den Versicherungsanstalten die „Ueberwachung" der rechtzeitigen und vollständigen Beitragsentrichtung sogar zur Pflicht macht (§ 1465), ist von einer Pflicht oder auch nur einem Rechte der Krankenkassen zu solcher Ueberwachung der Beitragspflichtigen im Zweiten Buche der Reichsversicherungsordnung nichts zu finden. Der Entwurf des Gesetzes hatte zwar im Abs. 3 des § 434 (jetzt § 404) eine Unterstützung der Krankenkassen durch das Versicherungsamt „bei der Ueberwachung der Beiträge" vorsehen wollen. In den Kommissionsberatungen aber wurde das Wort „Ueberwachung", weil es ein unrichtig gewählter Ausdruck sei, in „Einziehung" abgeändert, und so ist die Beitragskontrolle aus dem Zweiten Buche ganz verschwunden.

2. Um den Trägern der Unfall- und denen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung eine wirksame Ueberwachung zu ermöglichen, legte das Gesetz den Arbeitgebern der Versicherten die Pflicht auf, den Beauftragten der Versicherungsträger — bei den Berufsgenossenschaften: den Rechnungsbeamten — ihre Geschäftsbücher und Listen an Ort und Stelle zur Einsicht vorzulegen; die Erfüllung dieser Pflicht kann durch Strafen erzwungen werden (§§ 878, 879, 887, 1030, 1210, 1213, 1215, 1217, 1466 bis 1468). Eine gleichartige Verpflichtung der Arbeitgeber gegenüber den Krankenkassen ist im Zweiten Buche nicht vorgesehen.

3. Außerhalb der erwähnten Ueberwachungsvorschriften bestimmt der § 344 RVO., und zwar unter den „Pflichten" der „Kassenorgane" (Zweites Buch, Vierter Abschnitt, Unterabschnitt III 3), in Uebereinstimmung mit § 76a KVG.:

> „Der Vorstand" der Krankenkasse muß den Trägern der Unfall- sowie der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gestatten, durch „Beauftragte", die bei den Berufsgenossenschaften in diesem Falle auch andere Personen als die vereidigten Rechnungsbeamten sein können, „in den Kassenräumen während den Geschäftsstunden die Bücher und Listen einzusehen, um Zahl, Beschäftigungszeit und Lohnhöhe ihrer Versicherten zu ermitteln."

Von einer gleichartigen Verpflichtung der Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten gegenüber den Krankenkassen ist im Dritten und im Vierten Buche ebensowenig wie im Zweiten etwas enthalten:

Aus all dem ergeben sich, wie mir scheinen will, zwingend folgende Schlüsse:

a) Bei ihren im Gesetze vorgesehenen Maßnahmen zur Sicherstellung richtiger Beitragsleistung handeln die Berufsgenossenschaften und die Versicherungsanstalten „im Vollzuge" der Reichsversicherungsordnung; mit ähnlichen

Digitized by Google

oder anderen Maßnahmen zu gleichem Zwecke, auch wenn sie von der Aufsichtsbehörde der Krankenkasse gebilligt werden sollten, würde diese ihre eigenen, sei es auch nicht unerlaubten, Wege gehen, aber nicht mehr „im Vollzuge" der Reichsversicherungsordnung handeln.

b) Wenn die Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten von den Arbeitgebern selbst die Offenlegung ihrer Bücher und Listen verlangen und erzwingen können, ist der Inhalt dieser Urkunden gegenüber diesen Versicherungsträgern kein Geschäfts- oder Betriebsgeheimnis; also begeht kein Dritter, für den sonst der § 142 zu gelten hätte, eine Verletzung seiner Pflicht zur Amtsverschwiegenheit, wenn er ihnen Mitteilungen gleichen Inhalts macht. Die Krankenkasse kann sich für ihr Verlangen an einen anderen Versicherungsträger, ihr den zu seiner amtlichen Kenntnis gelangten Inhalt solcher Bücher und Listen der Arbeitgeber bekannt zu geben, nicht darauf berufen, daß sie sich diese Kenntnis ja auch bei dem Arbeitgeber selbst zu holen befugt sei, daß es sich also auch ihr gegenüber nicht um ein Geschäfts- oder Betriebsgeheimnis des Unternehmers der ersuchten Stelle handele.

c) Durch die Aufnahme einer Sondervorschrift, wie sie der § 344 enthält, sowie durch die Stelle im Gesetze, wo sie untergebracht wurde, und durch die hinzugefügten Einschränkungen in betreff der Form, des Ortes und der Zeit für die Einsichtnahme in die Bücher und Listen der Kasse hat der Gesetzgeber deutlich zu erkennen gegeben, daß er die Gestattung solcher Einsichtnahme nicht in den Kreis der Pflichten, ihre Inansprüche nicht in den Kreis der Rechte aus dem gegenseitigen Rechtshilfeanspruch der Versicherungsträger nach §§ 115, 116 einbezogen wissen will; sonst wäre die Vorschrift überflüssig. Danach aber kann die Krankenkasse, der eine gleichartige Sondervorschrift nicht zur Seite steht, eine gleichartige Leistung der anderen Versicherungsträger auch auf Grund der §§ 115, 116 nicht begehren.

Ist dies alles richtig, so folgt daraus, daß die Erlaubnis an eine Krankenkasse, in die Lohnnachweise von Genossenschaftsmitgliedern Einsicht zu nehmen, und jede sonstige Offenbarung des Inhalts der Lohnnachweise an eine Krankenkasse eine unbefugte Offenbarung eines Geschäfts- oder Betriebsgeheimnisses eines Genossenschaftsmitglieds sein würde. Wer der Kasse solchen Gefälligkeitsdienst leistet, der keine Rechtshilfe mehr ist, macht sich nach § 142, vielleicht sogar nach den verschärften Bestimmungen des zweiten Absatzes dieses Paragraphen, strafbar. In welcher Weise ein Ersuchen, wie das vorliegende, nicht nur jetzt, sondern auch nach dem 31. Dezember 1913 zu erledigen ist, dürfte sich hieraus von selbst ergeben.

Literarisches.

Ausführungsbestimmungen zur landwirtschaftlichen Unfallversicherung von H. Noetel. Berlin 1913 bei Paul Parey. Preis: kart. 3 M.

Das Buch ist ein willkommener Nachtrag oder Anhang zu der 1911 erschienenen, sehr zweckmäßigen Ausgabe der „Landwirtschaftlichen Unfallversicherung" (vgl. Arb.-Versorgg. 1911 S. 846). Die reichsrechtlichen und die wichtigsten landesrechtlichen Ausführungsbestimmungen sind vollständig abgedruckt, andere wenigstens nach Titel und Fundort so nachgewiesen, daß man sich im Bedarfsfalle die erforderlichen Aufschlüsse beschaffen kann.

Von demselben Verfasser ist eine Sammlung von Aufsätzen erschienen unter dem Titel: „Das Interesse der Landwirte an der Neuordnung der reichsgesetzlichen Unfallversicherung; Posen 1913 bei E. Rehfeld. Sie sind für die Interessenten geschrieben, in einer klaren und faßlichen Sprache, die anregt und mit dem Interesse auch das Verständnis fördert. Das Kapitel: „Wie erfährt man, was in der Reichsversicherungsordnung steht?" enthüllt die peinliche, aber nicht abzuleugnende Tatsache, daß dazu die Kunst des Lesens schlechthin nicht hinreicht.

Aehnliche Zwecke verfolgt **„Die Krankenversicherung der Landarbeiter"** von Dr. Knebusch, Wismar 1913 bei Willgeroth & Wenzel Nachf. Preis: 1,60 M.

Das Bnch, hervorgewachsen aus einer Reihe von Vorträgen, hat den großen Vorzug, daß der Verfasser nicht nur ein Kenner der einschlägigen Paragraphen, sondern offensichtlich auch der landwirtschaftlichen Verhältnisse ist. So kann er nicht nur den Landwirt, sondern auch den Rechtspraktiker in manchem belehren und man nimmt es hin, daß man sich hier und da zum Widerspruch angeregt findet, wenn gelegentlich eine Befangenheit in einseitigen — ostelbischen, in specie mecklenburgischen — Anschauungen zutage tritt.

Reichsversicherungsordnung nebst Einführungsgesetz, 3. Auflage. Von G. Hoch. Berlin 1913 bei Karl Giebel. Der Verfasser hat, als Reichstagsabgeordneter, bei der Beratung des Gesetzes eifrig mitgewirkt und kennt die Schwierigkeiten, die der Erfassung des Stoffes bei bloßer Benutzung des Gesetzestextes entgegenstehen. Hierüber will seine mit knappen Erläuterungen versehene Ausgabe, die nicht in Anspruch nimmt, ein eigentlicher Kommentar zu sein, hinweghelfen. Um diesen Erfolg zu erreichen, ist das Buch nach seiner inneren Anlage und auch nach der äußeren, sehr übersichtlichen Gestaltung, wohl geeignet. Daß es in dritter, durchgesehener Auflage erscheint, bestätigt dies.

Hierzu ist ein **Anlageband** in demselben Verlage erschienen, der die wichtigsten Ausführungsbestimmungen, unter besonderer Berücksichtigung der Krankenversicherung, nach den Büchern der Reichsversicherungsordnung geordnet, mitteilt. Die Sammlung reicht bis Anfang Juni 1913. Das Vorwort kündigt an, daß von Zeit zu Zeit, je nach dem Erscheinen weiterer Verordnungen, weitere Lieferungen erscheinen werden.

Entwicklungsrichtungen der deutschen Volkswirtschaft von Dr. M. Mendelson. Leipzig 1913 bei A. Deichert. Preis: 1,80 M.

Auch dies Heft von nur etwa 80 Seiten spricht nicht nur zu Fachleuten, sondern zu jedem Bürger, der sich für unser wirtschaftliches Leben interessiert. Auf statistischer Grundlage aufgebaut, bringen diese Darlegungen nicht nur Zahlen, sondern sie weisen auch ihre Bedeutung nach und machen die in der Wirtschaftsentwicklung wirksamen Tendenzen anschaulich: die Volksvermehrung, die Industrialisierung mit ihren Folgeerscheinungen, wie Entwicklung des Städtewesens, Ausbildung der größeren Betriebsformen und Verdrängung der kleinen Unternehmen, demgemäß Verschiebung der sozialen Schichtung,

Digitized by Google

endlich auch das Vordringen der Frauenarbeit. Eine Zusammenfassung und ein Blick auf die Zahlen der preußischen Einkommens- und Vermögensstatistik sollen dem Leser schließlich das Vertrauen geben, „daß unser Zeitalter der wirtschaftlichen Umwälzungen zugleich ein Zeitalter der Besserung der wirtschaftlichen Verhältnisse des gesamten Volkes ist."

Von den uns zugegangenen literarischen Neuerscheinungen erwähnen wir noch: **„Taschenbuch des Gewerbe- und Arbeiterrechts"** von G. Evert, 4. Aufl., Berlin 1913, Carl Heymanns Verlag (Pr. 2 M.), ferner aus der „Sammlung Kösel", Kempten und München, 1913 **„Der gewerbliche Arbeitsvertrag"** von Dr. Zahnbrecher (Pr. 1 M.) und aus der „Sammlung Göschen", Berlin und Leipzig 1913 **„Das Recht der Versicherungsunternehmungen"** von Dr. K. Leibl (90 Pf.), **„Das Versicherungswesen"**, Bd. II: Die einzelnen Versicherungszweige (Bd. I enthielt: Allgemeine Versicherungslehre) von Prof. Dr. P. Moldenhauer (80 Pf.), **„Die Entwicklung der sozialen Frage"** von Prof. Dr. F. Tönnies (90 Pf.) — durchweg kurze, klar und gemeinverständlich geschriebene systematische Darstellungen auf wissenschaftlicher Grundlage, in der gedrängten Form der bekannten kleinen Bändchen. Das Buch von Evert bezieht auch die Reichsversicherung in die Darstellung ein, während Zahnbrecher Fragen aus diesem Gebiete nur ganz gelegentlich streift (Lohnabzug S. 62, Quittungskarte S. 90).

Schließlich seien noch erwähnt: Eine Textausgabe der Reichsversicherungsordnung mit Einführungsgesetz und Ausführungsvorschriften für Preußen, Bayern und Baden, M.-Gladbach, Volksvereinsverlag (geb. 2 M.) und die „Liliput-Ausgabe" der Reichsversicherungsordnung und des Versicherungsgesetzes für Angestellte, Berlin 1913 bei Otto Liebmann (geb 1,50 M.), — ein schmiegsames Bändchen, das in einer geräumigeren Westentasche bequem Platz hat und daher seinem Besitzer ein getreuer Begleiter auf allen seinen Wegen sein kann.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Genossen einer eingetragenen Genossenschaft als versicherungspflichtige Arbeitnehmer.

1. Nach Bth. Antwort: Soweit die Genossen der eingetragenen Genossenschaft in deren Fabrik, wie Arbeiter, gegen Lohn beschäftigt werden, unterliegen sie der Krankenversicherungspflicht und sind daher auch berechtigt, an den Wahlen zum Kassenausschuß teilzunehmen; sie sind auch selbst als Versicherte wählbar. Arbeitgeber ist die Genossenschaft, doch wird sie bei der Wahl durch ein Vorstandsmitglied vertreten. Das Gesagte gilt entsprechend für eine Gesellschaft m. b. H. und ihre Gesellschafter; hier wählt der Geschäftsführer für die G. m. b. H.

Das Nebenamt eines Kassenrendanten unterliegt nicht der Angestelltenversicherung.

2. Nach W. Antwort: Der Rendant Ihrer Ortskrankenkasse unterliegt als solcher schon deshalb nicht der Angestelltenversicherung, weil er sein Amt nur im Nebenberuf ausübt (§ 1 Ziff. 2 AVG.). Da er im Hauptamt Gemeindebeamter ist, so dürfte er auch nach § 9 AVG. versicherungsfrei sein.

a) Umgehung der von der Kasse bestimmten Apotheker. b) Umfang der Leistungspflicht der Kasse für einen im Krankenhause verpflegten Angehörigen, wenn satzungsmäßig nur ärztliche Behandlung und Heilmittel bis zu einem bestimmten Kostenbetrage gewährt werden.

3. Nach Bingen a. Rh. Antwort: a) Was Sie gegen das Urteil des Landgerichts Bonn in Arb.-Versorgg. 30 S. 585 einwenden, ist nicht richtig. Der Krankenschein, durch den sich der Versicherte dem Arzte gegenüber ausweisen soll, hat nicht die Bedeutung eines allgemeinen Beweismittels für die Berechtigung des Inhabers zum Bezuge irgendwelcher anderer Leistungen für Rechnung der Kasse. Da die Kassensatzung eine dem § 26 a Abs. 2 Ziff. 2 b KVG. entsprechende Vorschrift auch hinsichtlich der Apotheken enthält, konnte die Kasse die Bezahlung der aus einer anderen Apotheke bezogenen Arzneien ablehnen, und der Apotheker konnte sich dieser die Verpflichtung der Kasse begrenzenden, dem Gesetz entsprechenden Bestimmung gegenüber nicht auf den Krankenschein und auf seinen guten Glauben berufen. Anders läge die Sache nur, wenn der Ort der Apotheke als Erfüllungsort für die Krankenpflegepflicht der Kasse angesehen werden könnte. Dann wäre allerdings zu sagen, daß der Versicherte, weil die Kasse an diesem Orte keine bestimmte Apotheke bezeichnet hatte, sich an jede Apotheke daselbst wenden durfte. So lag aber die Sache nicht. Der Versicherte hatte sich nach seiner Erkrankung aus dem Kassenbezirk entfernt, der in erster Linie als Erfüllungsort für die Kasse in Betracht kam. Daß der Ort, wohin er sich nun begab, sein Wohnort oder wenigstens der Wohnort seiner Familie gewesen sei, so daß auch dort die Kasse ihre Verpflichtung zu erfüllen gehabt hätte, erhellt aus dem Sachverhalt nicht.

b) Wenn die Kasse den Familienangehörigen satzungsgemäß ärztliche Behandlung und Heilmittel bis zum Kostenbetrage von 20 M. gewährt und ein bezugsberechtigter Angehöriger im Krankenhause verpflegt worden ist, so ist es Sache des Versicherten, nachzuweisen (etwa durch eine Bescheinigung der Krankenhausverwaltung), wie viel von den gesamten Krankenhauskosten auf die ärztliche Behandlung nebst Heilmitteln entfällt. Lassen sich diese Kosten im Einzelfalle nicht sicher aussondern, so wird die Krankenhausverwaltung auf Grund ihrer Etats wohl anzugeben in der Lage sein, wieviel von dem Pflegesatz durchschnittlich auf Kosten der ärztlichen Behandlung und der Heilmittel zu rechnen ist, und diese Durchschnittsberechnung wird man billigerweise auch im Verhältnis der Krankenkasse zu den Versicherten als maßgebend gelten lassen müssen.

Digitized by Google

a) Versicherungsberechtigung der Beamten. b) Weiterversicherung der bei der Gemeindekrankenversicherung freiwillig versicherten Personen.

4. Nach H. Antwort: a) Zur Zeit sind Kommunalbeamte, auch wenn sie im Krankheitsfalle ihr Gehalt weiter beziehen, nach ausdrücklicher Bestimmung des § 4 Abs. 2 KVG. berechtigt, der Gemeindekrankenversicherung beizutreten, sofern ihr Jahreseinkommen 2000 M. nicht übersteigt. Die Verweigerung der Aufnahme war also unberechtigt. b) Diejenigen Personen, die bisher freiwillig bei der Gemeindekrankenversicherung versichert waren, haben Recht auf Mitgliedschaft bei der entsprechenden Kasse (Art. 14 Abs. 1 Satz 2 Einf.G. z. RVO., § 300 Abs. 1 Satz 2 RVO). Je nach der Beschäftigung ist die entsprechende Kasse die allgemeine oder eine besondere, Ortskrankenkasse, eine Land-, eine Innungs- oder eine Betriebskrankenkasse. (§§ 238, 243, 244, 245 Abs. 4, 50 Abs. 2 Satz 2.)

Eine Ehefrau kann nicht als Vertreterin ihres Mannes zur Krankenkasse wählen.

5. Nach Steglitz. Antwort: Arbeitgeber eines Dienstboten ist der Ehemann, nicht die Ehefrau; darum kann nur jener, nicht auch diese zur Ortskrankenkasse wählen, der die Dienstboten mangels einer Landkrankenkasse angehören. Der Frau steht das Wahlrecht nicht etwa auf Grund der Schlüsselgewalt zu; denn diese ermächtigt sie nur zur Vertretung innerhalb ihres häuslichen Wirkungskreises bei privatrechtlichen Geschäften. Das Wahlrecht zur Krankenkasse trägt aber öffentlich-rechtlichen Charakter.

Halbtagsmädchen sind keine Dienstboten.

6. Nach Essen. Antwort: Sogenannte Halbtagsmädchen, d. h. solche weibliche Personen, welche vor- oder nachmittags in der Hauswirtschaft helfen, ohne jedoch in den Haushalt aufgenommen zu sein, sind nicht Dienstboten; denn diese leben im Hausstand der Herrschaft. Halbtagsmädchen sind demnach als Gehilfinnen im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 9 zu § 165; Hoffmann, Krankenversicherung Anm. 7 zu § 165).

a) Bedeutung der Vorschrift, daß Personen „zu hören" sind. b) Kinder, Stiefkinder und Kinder von unehelichen Kindern bei der Hinterbliebenenversicherung. c) Zu § 1283 RVO.

7. Nach Thorn. Antwort: a) Wo die Reichsversicherungsordnung vorschreibt, daß Personen (insbesondere Beteiligte) „zu hören" sind, ist nur gemeint, daß ihnen in geeigneter Form Gelegenheit zu einer Aeußerung zu geben ist, nicht daß sie sich vernehmen lassen müssen. Ein Zwang kommt also nicht in Frage. Wer z. B. auf Ladung ausbleibt oder auf eine Aufforderung sich nicht äußert, gilt als gehört.

b) Unter „Kindern" sind, insbesondere auch bei der Hinterbliebenenversicherung (§§ 1259 ff. RVO.), nur leibliche Kinder zu verstehen, nicht also Stiefkinder. Bei Enkeln (§§ 1262, 1294) kommt es auf eheliche Abstammung von der Mutterseite nicht an. Dagegen besteht zwischen dem unehelichen Kinde und dessen Vater kein Verwandtschaftsverhältnis im Rechtssinne (§ 1589 Abs. 2 BGB.), so daß insoweit auch die Kinder des unehelichen Kindes nicht als Enkel in Betracht kommen.

c) Die allgemeine Norm des § 1283 Abs. 1 RVO., daß nach der Wiederaufnahme der Versicherung 200 Beitragswochen — sei es auf Grund pflichtmäßiger oder freiwilliger Versicherung — zurückgelegt sein müssen, gilt auch im Falle des Abs. 2; nur tritt hier das besondere Erfordnis hinzu, daß vor dem Erlöschen der Anwartschaft mindestens 1000 Beitragsmarken — ebenfalls gleichviel welcher Art — verwendet sein müssen. Im Falle des Abs. 3 gilt für die Wiederaufnahme der Versicherung durch versicherungspflichtige Beschäftigung nichts Besonderes, also nur die Norm des Abs. 1; die besonderen Voraussetzungen des Abs. 3 (500 Marken beliebiger Art vor dem Erlöschen der Anwartschaft und Zurücklegung weiterer 500 Beitragswochen) gelten ausdrücklich nur für die Erneuerung der Versicherung durch freiwillige Beitragsleistung.

a) Zur Errichtung von Krankenkassen durch die Gemeindeverbände. b) Versicherungspflichtige können, auch wenn ihre Rechte und Pflichten bei der zuständigen Krankenkasse ruhen, nicht als freiwillige Mitglieder einer anderen Krankenkasse angehören.

8. Nach Kr. Antwort: a) Ihre Mitteilungen bleiben in wesentlichen Punkten unverständlich. Was soll es heißen, daß sich für jede errichtete allgemeine Orts- und Landkrankenkasse je ein besonderer Gemeindeverband „gegründet" hat, während nach dem Gesetze doch der Gemeindeverband zunächst bestehen muß, um gemäß § 231 RVO. jene Kassen errichten zu können? Wenn für einen Bezirk eine bestehende Krankenkasse zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet wird, so steht nichts entgegen, daß ein weiterer Gemeindeverband, der den Bezirk dieser Ortskrankenkasse mit umfaßt, für seinen ganzen Bezirk, also einschließlich des Bezirks der Ortskrankenkasse, eine Landkrankenkasse errichtet.

b) Die freiwillige Weiterversicherung ist nur zulässig, solange der Versicherte nicht Mitglied einer anderen Krankenkasse ist (§§ 312, 313 RVO.). Ein Versicherungspflichtiger aber, der einer Ersatzkasse angehört, bleibt auch dann, wenn er das Ruhen seiner eigenen Rechte und Pflichten nach § 517 herbeiführt, immerhin Mitglied seiner Krankenkasse und kann deshalb nicht noch zugleich freiwilliges Mitglied einer anderen Krankenkasse nach § 313 bleiben.

Eintreten der Ersatzmänner bei den Krankenkassen nach der Verhältniswahl.

9. X. Y. Antwort: Die Antwort auf Ihre Fragen ergibt sich aus den §§ 17, 18, 19 der amtlichen Musterwahlordnung für Ortskrankenkassen und aus den Erläuterungen zu § 17. Da im ganzen acht Vertreter zu wählen sind, so ist mit 8 + 1 zu teilen, nicht mit 24 + 1. Die Ersatzmänner rücken dann im Bedarfsfalle nach § 19 ohne besondere Wahl ein. Maßgebend ist dabei weder der Zeitpunkt der Einreichung noch die Höhe der Stimmenzahl der einzelnen Vorschläge, sondern der Ersatzmann ist demselben Wahlvorschlage zu entnehmen, auf dem sich der Name des zu ersetzenden Vertreters befindet. Innerhalb dieses Vorschlages aber kommt es auf die Höhe der Stimmenzahl an; es tritt also derjenige bisher noch nicht Gewählte ein, der die höchste Stimmenzahl erhalten hat.

Wir bemerken, daß es im Redaktionsbetriebe der Regel nach nicht angeht, Anfragen von heut auf morgen zu beantworten.

Bitte.

Krankenkassen, welche Personalkartenblätter an Stelle des gebundenen Mitgliederverzeichnisses eingeführt haben, werden gebeten, der unterzeichneten Kasse unter gleichzeitiger Mitteilung über ihre Bewährung ein Muster zu senden.

Fleischer-Innungs-Krankenkasse Linden Hebestelle 15.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe, Amtsgerichtsrat J. Hahn, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. Laß, Rat Dr. Olshausen, Geh. Hofrat Prof. Dr. Rosin, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. 1. November 1913.

Redaktion:	Nr. 31	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Wahlberechtigung und Wählbarkeit der Frau wegen der im ehelichen Hauswesen beschäftigten Dienstboten.

Von Amtsgerichtsrat **Hahn** in Zehlendorf (Berlin).

Bei vielen Krankenkassen sind Zweifel und sogar Erregung über die Frage entstanden, ob eine Ehefrau wegen der im ehelichen Haushalt beschäftigten Dienstboten die Wahlberechtigung (das aktive Wahlrecht) und die Wählbarkeit (das passive Wahlrecht) zu den Organen der Krankenkassen in Anspruch nehmen kann. Die Frage ist für Wahlberechtigung und Wählbarkeit verschieden zu beurteilen.

1. Wahlberechtigung. Soweit es sich um diese handelt, kann die Frage nur bei Ortskrankenkassen und nur dann auch bei Landkrankenkassen auftauchen, wenn gemäß § 336 Abs. 3 RVO. landesgesetzlich angeordnet ist, daß wie bei der Ortskrankenkasse gewählt wird; denn wo dies nicht verordnet ist, werden bei Landkrankenkassen bekanntlich die Kassenorgane von der Vertretung des Gemeindeverbandes gewählt (§§ 331, 336 Abs. 1). Bei der Ortskrankenkasse wählen die beteiligten volljährigen Arbeitgeber aus ihrer Mitte die Vertreter zum Ausschuß, und diese Vertreter wiederum wählen aus ihrer Gruppe die Vorstandsmitglieder (§§ 333, 335). Als beteiligter Arbeitgeber gilt selbstverständlich auch, wer nur Dienstboten beschäftigt und für sie Beiträge an die Kasse zu zahlen hat (§ 332 Abs. 2), also nicht etwa von dieser Pflicht auf Grund der §§ 418, 435 befreit ist; die Meinung, daß, wer nur Dienstboten beschäftigt, nach § 329 Abs. 3 nicht als Arbeitgeber gelte und deshalb schlechthin nicht wahlberechtigt sei, ist ein wiederholt zurückgewiesenes, offenbares Mißverständnis, da § 329 Abs. 3 sich nur auf den vorhergehenden Abs. 2 bezieht und für unsere Frage ganz ohne Belang ist.

Daß eine ledige oder verwitwete Frau als Arbeitgeberin von Dienstboten zum Ausschuß wahlberechtigt ist, kann nach § 333 nicht zweifelhaft sein. Ob sie auch als Ehefrau wegen der im ehelichen Haushalt beschäftigten Dienstboten wahlberechtigt ist, hängt davon ab, ob sie selbst als Arbeitgeberin dieser Dienstboten anzusehen ist; ist sie es nicht, so kann sie auch nicht etwa an Stelle des Mannes wählen, da eine Vertretung bei Ausübung des Wahlrechts nicht zugelassen ist. Der Mann hat, als Haupt der Familie, nach § 1354 BGB. die Entscheidung in allen das gemeinschaftliche eheliche Leben betreffenden Angelegenheiten. Die Frau ist zwar berechtigt und verpflichtet, das gemeinschaftliche Hauswesen zu leiten, aber — wie § 1356 ausdrücklich hervorhebt — unbeschadet des § 1354. Damit ist nur das innere Verhältnis zwischen den Eheleuten in bezug auf das Hauswesen gekennzeichnet. Auf die Wirkung nach außen bezieht sich § 1357, wonach die Frau berechtigt ist, innerhalb ihres häuslichen Wirkungskreises die Geschäfte des Mannes für ihn zu besorgen

Digitized by Google

und ihn zu vertreten. Die Beschäftigung von Dienstboten im ehelichen Haushalte ist gewiß eine das gemeinschaftliche eheliche Leben betreffende Angelegenheit, in der hiernach dem Manne die entscheidenden Bestimmungen gebühren; anderseits ist die Frau, kraft ihres Berufs, das Hauswesen zu leiten und innerhalb dieses ihres Wirkungskreises den Mann zu vertreten, befugt, Dienstboten anzunehmen, die erforderlichen Vereinbarungen mit ihnen zu treffen, ihnen die Arbeit anzuweisen, sie zu beaufsichtigen, ihnen zu kündigen, sie zu entlassen. Aber sie handelt dabei eben nur, wie sich aus § 1357 klar ergibt, als Vertreterin des Mannes, der dem Dienstboten gegenüber als der eigentliche und alleinige Arbeitgeber zu gelten hat, weil ihm in allen diesen Dingen das Recht der maßgebenden Entscheidung zusteht, kraft dessen er den Entschließungen der Frau entgegentreten und sie abändern kann. Ist also die Ehefrau nicht selbst als Arbeitgeberin der im Haushalt beschäftigten Dienstboten anzusehen, so kann sie auch nicht zum Ausschuß wählen.

Ob sie zum Vorstande wählen kann, ist eine andere Frage. Da die Vorstandsmitglieder von den Vertretern der Arbeitgeber im Ausschuß gewählt werden (§ 335), kann der Frau das Wahlrecht zum Vorstande nicht schon deshalb abgesprochen werden, weil sie nicht selbst die Arbeitgeberin der Dienstboten ist; es kommt vielmehr darauf an, ob sie gleichwohl dem Ausschuß angehören kann. Dies ist im folgenden zu prüfen.

2. Wählbarkeit. Nicht für die Wahlberechtigung, wohl aber für die Wählbarkeit stehen den Arbeitgebern bei den Wahlen zu den Organen der Krankenkassen, außer den bevollmächtigten Betriebsleitern nach § 13 Abs. 2, auch Geschäftsführer und Betriebsbeamte der beteiligten Arbeitgeber (§ 332 Abs. 2) gleich. Für unsere Frage kommt die Frau als „Betriebsleiterin" oder „Betriebsbeamte" selbstverständlich nicht in Betracht, da das Hauswesen, in welchem Dienstboten beschäftigt werden, keinen „Betrieb" im versicherungsrechtlichen Sinne darstellt. Nur ob die Frau in diesem ihrem häuslichen Wirkungskreise, also auch in bezug auf die Beschäftigung der Dienstboten, für welche der Mann als Arbeitgeber Beiträge an die Kasse zu zahlen hat, als „Geschäftsführerin" des Mannes anzusehen ist, nur dies kann in Frage kommen. Geschäftsführer ist, wer einen, wenngleich begrenzten, Kreis von Geschäften für einen andern und in seiner Vertretung zu besorgen hat. Geschäftsführer in diesem Sinne ist auch der Betriebsbeamte, insofern er mit den an sich dem Arbeitgeber obliegenden Geschäften der Leitung oder Beaufsichtigung von Betriebsarbeiten oder Arbeitern betraut ist. Daß aber § 13 Abs. 2 neben den Betriebsbeamten auch „Geschäftsführer" besonders erwähnt, erklärt sich aus der umfassenderen Bedeutung dieses Wortes, welches auch solche Fälle deckt, in denen ein „Betrieb" im eigentlichen Sinne nicht vorliegt. Das trifft z. B. zu auf den „Dienst" — nicht „Betrieb" — des Reichs oder Staats oder einer Gemeinde oder einer Körperschaft (vgl. §§ 169—171); und es trifft ebenso zu auf den Dienst im Hauswesen eines Privathaushalts. Die Hausdame oder den Haushofmeister, die in einem großen Hauswesen eine Schar von Dienstboten zu leiten und zu beaufsichtigen, anzunehmen oder zu entlassen und auf diese Weise Geschäfte der Dienstherrschaft für sie und in ihrer Vertretung zu besorgen haben, wird man insoweit gewiß unbedenklich als „Geschäftsführer" des Arbeitgebers gelten lassen. Der Umfang des Hauswesens begründet aber selbstverständlich keinen begrifflichen Unterschied; wie in einem großen Hauswesen, so kann auch in einem kleinen in entsprechender Weise ein Geschäftsführer mit den auf die Beschäftigung von Dienstboten bezüglichen Angelegenheiten betraut sein. Die Ehefrau ist nun, gleichviel ob es sich um ein großes oder um ein kleines Hauswesen handelt, nach ausdrücklicher Vorschrift des Gesetzes (§ 1357 BGB.) „berechtigt, innerhalb ihres häuslichen Wirkungskreises die Geschäfte des Mannes für ihn zu besorgen und ihn zu vertreten". Diese gesetzliche Vollmacht enthält mit aller wünschenswerten Deutlichkeit alles, was den „Geschäftsführer" kennzeichnet. Zum häuslichen Wirkungskreise gehören auch alle Geschäfte, die sich auf die Beschäftigung der Dienstboten beziehen; die Frau steht daher insoweit für die Wählbarkeit bei Krankenkassen dem Manne, als dem eigentlichen Arbeitgeber der Dienstboten, nach § 13 Abs. 2 gleich. Daß der Rechtstitel für ihre Geschäftsführung nicht in einer Bestellung durch den Mann, sondern unmittel-

Digitized by Google

bar im Gesetz liegt, kann selbstverständlich einen Unterschied nicht begründen; die Frau hat eben kraft Gesetzes (mindestens) die gleichen Vollmachten, die etwa eine Hausdame durch die Anstellung erlangt.

Ein Oberversicherungsamt hat eingewendet: die „Schlüsselgewalt" der Frau — d. i. ihre erwähnte auf § 1357 BGB. beruhende Vollmacht — finde ihre Grenze im häuslichen Wirkungskreise, „innerhalb dessen sie privatrechtliche Verhältnisse, zu Lasten des Mannes regelt"; das Wahlrecht zu den Organen der Krankenkassen habe aber seine Grundlage im öffentlichen Recht und gehe über den häuslichen Wirkungskreis hinaus. Das ist eine recht verfehlte Argumentation. Selbstverständlich regelt § 1357 BGB. nur privatrechtliche Verhältnisse, gerade so wie z. B. das Handelsgesetzbuch in seinen Vorschriften über die Prokura gleichfalls nur privatrechtliche Verhältnisse regelt. Aber an solche Verhältnisse knüpft doch die öffentlich-rechtliche Vorschrift des § 13 Abs. 2 RVO. an, indem sie dem privatrechtlich zur Vertretung des Arbeitgebers in bestimmten Grenzen berufenen Betriebsleiter, Geschäftsführer oder Betriebsbeamten die Wählbarkeit, gleich einem Arbeitgeber, verleiht. Die Vollmacht des Prokuristen findet doch auch ihre Grenze in seinem *geschäftlichen* Wirkungskreise; und doch wird niemand ihm die Wählbarkeit deshalb absprechen, weil er als „Geschäftsführer" nur den im Handelsgewerbe Beschäftigten, nicht auch den — möglicherweise sogar zahlreicheren — Dienstboten des Arbeitgebers gegenübersteht. Wie will man es da rechtfertigen, die Frau von der Wählbarkeit auszuschließen, weil ihre Geschäftsführung sich nur auf *häusliche* Angelegenheiten beschränkt und sie demgemäß nur den Dienstboten, nicht auch den Handlungsgehilfen gegenüber an Stelle des Arbeitgebers steht?

Weiter ist eingewendet worden: Da die Schlüsselgewalt der Ehefrau beschränkt oder ausgeschlossen werden könne (§ 1357 BGB.), „so würde es bei Ausschließung des Ehemannes von der Wahlbetätigung an jeder festen Norm für letztere fehlen". Das ist ein arges Mißverständnis; denn eine solche Ausschließung steht ja gar nicht in Frage! Selbstverständlich kann *auch* der Ehemann, als der eigentliche Arbeitgeber, gewählt werden. Aber kraft Gesetzes steht ebenso die Frau einem Arbeitgeber gleich. Wird sie gewählt, so ist sie nicht etwa Vertreterin ihres Mannes in den Kassenorganen, und es steht nichts entgegen, daß auch der Mann selbst gewählt wird. Wenn aber das Bedenken des Oberversicherungsamts etwa weiter bedeuten soll, daß es an einer „festen Norm" fehlen würde, weil nicht übersehen werden könne, ob nicht die Schlüsselgewalt der Frau beschränkt oder ausgeschlossen sei, so ist das gleichfalls kein Grund für die grundsätzliche Fernhaltung der Frau aus den Kassenorganen. Auch bei der Wahl irgendeines anderen Geschäftsführers, oder eines Betriebsleiters oder Betriebsbeamten, muß selbstverständlich diese Eigenschaft außer Zweifel sein. Besteht ein Zweifel, so muß ihm nachgegangen werden, ehe über die Gültigkeit der Wahl entschieden wird. Nicht anders liegt der Fall hinsichtlich der Ehefrau, die als Geschäftsführerin des Hauswesens im Hinblick auf die darin beschäftigten Dienstboten gewählt wird. Um jedem Bedenken in dieser Hinsicht von vornherein die Spitze abzubrechen, mag eine Frau, die gewählt werden will, sich zweckmäßigerweise mit einem schriftlichen Anerkenntnis dahin versehen, daß ihre gesetzlichen Befugnisse aus § 1357 BGB. weder ausgeschlossen noch beschränkt sind. Das ist nicht eine Vollmacht, deren die Frau deshalb nicht bedarf, weil sie eine solche schon kraft Gesetzes hat; sondern es ist ein Beweismittel für den Streit- oder Zweifelsfall.

Es mag schließlich noch darauf hingewiesen werden, wie sehr die Ausschließung der Ehefrau von der Wählbarkeit in unserem Falle der eigentlichen Absicht des Gesetzes zuwiderliefe. Die Worte „Geschäftsführer oder Betriebsbeamte" im § 13 Abs. 2 RVO. sind aus der entsprechenden Vorschrift in § 38a Abs. 2 KVG. übernommen, die mit der Erwägung begründet wurde, daß „die gedachten Personen den Verhältnissen, welche bei der Verwaltung der Kasse in Betracht kommen, häufig näher stehen als die Arbeitgeber selbst" (Mot. zur Nov. v. 1892 S. 52). Dies trifft auf unseren Fall in besonderem Maße zu. Zahlreiche Personen, die *nur* Dienstboten beschäftigen — Beamte, Gelehrte, Rentner usw. — würden in den Organen der Krankenkassen, zu denen sie Beiträge zu leisten haben, überhaupt nicht oder doch nicht in sachgemäßer Weise ver-

Digitized by Google

treten sein, wenn nur sie selbst, nicht auch ihre Frauen gewählt werden könnten, die über die Lebens- und Wirtschaftsverhältnisse und über die mit der Krankenversicherung zusammenhängenden Bedürfnisse der Dienstboten, besonders der weiblichen, meist besser unterrichtet sein werden als die Männer. Und die Krankenkassen würden, wenn die hier bestrittene Auffassung durchdränge, auf die wertvolle Mitarbeit mancher in wirtschaftlichen und sozialen Fragen bewanderten und bewährten Frau verzichten müssen — zum Schaden der Kassen und gegen die Absicht des Gesetzes!

Neuerungen im Verfahren der Unfallversicherung nach der Reichsversicherungsordnung.

Von Verwaltungsdirektor **Lohmar** in Köln.
Syndikus der Rheinischen Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen.

(Schluß.)

Die vorstehenden Ausführungen betreffen den Fall, in dem der Berechtigte eine weitere ärztliche Begutachtung beantragt. Der Vorsitzende des Versicherungsamtes kann indes auch ohne Antrag weitere Ermittlungen anstellen, wohl auch ärztliche Gutachten einziehen (§ 1598). Voraussetzung ist aber zunächst, daß das Versicherungsamt (der Vorsitzende) sich zur Sache, d. h. zu dem Einspruch gegen den Bescheid, äußern will, wozu eine Verpflichtung nicht besteht. Und weiter sollen nur solche Beweismittel beschafft werden, die bereit oder leicht zu beschaffen sind und keine erheblichen Kosten verursachen. Schon der Umstand, daß die Kosten solcher Beweiserhebungen als „Barauslagen des Verfahrens in Spruchsachen" (§ 59 Abs. 2) dem Versicherungsträger zur Last fallen, legt dem Versicherungsamt die Pflicht gewissenhafter Prüfung auf, inwieweit besondere Erhebungen angezeigt sind. Nicht minder aber tut dies die Rücksicht auf den Berechtigten, in dem bei klarer Akten- und Sachlage nicht unbegründete Erwartungen erweckt werden dürfen, und schließlich die Rücksicht auf das Ansehen des Versicherungsamtes selbst, das nicht gewinnen kann, wenn der Vorsitzende überflüssige oder minderwertige Beweismittel beschafft und auf Grund derselben eine Aeußerung abgibt, die im weiteren Verfahren sich als unzutreffend herausstellt. Nach meinen Erfahrungen möchte es mir scheinen, als ob das Versicherungsamt besonderen Wert darauf legen sollte, in Fällen, in denen das Vorliegen eines Unfalles oder eines Betriebsunfalles oder eines Versicherungsverhältnisses bestritten und deshalb die Entschädigung abgelehnt wird, durch eingehende Erörterung mit den Berechtigten über die Vorgänge bei dem Unfall, das Versicherungsverhältnis usw. Aufklärung zu schaffen. Bedeutsam kann dann weiter die Mitwirkung des Versicherungsamtes sein in solchen Fällen, in denen der Zusammenhang eines Leidens mit einem Unfalle bestritten wird, obwohl in diesem Falle vielfach die ärztliche Beurteilung allein den Ausschlag gibt. Auch hier können die früheren Feststellungen, auf denen meist die ärztliche Beurteilung beruht, in wertvoller Weise ergänzt werden. Am wenigsten wichtig erscheinen die sogenannten Gradfälle, d. h. die Fälle, in denen der Grad der Minderung der Erwerbsfähigkeit strittig ist. Auf solche Fälle sollte das Versicherungsamt daher meines Erachtens das Schwergewicht seiner Mitwirkung im Einspruchsverfahren nicht verlegen. Es wird sich auch in jedem Fall zu fragen haben, ob es auf Grund der Vernehmung des Berechtigten weitere Beweiserhebungen selbst vornehmen oder sie bei dem Versicherungsträger lediglich in Anregung bringen will. Das letztere wird sich immer dann empfehlen, wenn der Erfolg weiterer Erhebungen zweifelhaft erscheint. Glaubt der Versicherungsträger, daß das Versicherungsamt von der Befugnis weiterer Beweiserhebungen einen unzulässigen oder unbilligen Gebrauch macht, so muß ihm überlassen bleiben, im Wege der Dienstaufsichtsbeschwerde bei der dem Versicherungsamte vorgesetzten Behörde vorstellig zu werden.

Neben dem geschilderten einfachen oder gewöhnlichen Einspruchsverfahren gibt es noch ein erweitertes Einspruchsverfahren (§§ 1600 ff.), das nur bei Neufeststellung (Erhöhung, Herabsetzung, Aufhebung) von Dauerrenten (wegen Aenderung der Verhältnisse gemäß § 608) Anwendung findet. Für dieses

Digitized by Google

erweiterte Einspruchsverfahren gilt 1. daß die Vernehmung des Berechtigten nicht durch den Versicherungsträger stattfinden darf, sondern durch das Versicherungsamt erfolgen muß, 2. daß der Einspruch in mündlicher, nicht öffentlicher Verhandlung unter Zuziehung von je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten erörtert wird, und 3. daß das Versicherungsamt als Kollegium (nicht der Vorsitzende allein) zu dem Einspruch ein Gutachten erstattet. Die Vernehmung kann vor der Verhandlung besonders bewirkt, aber auch mit ihr verbunden werden. Glaubt nach Lage des Falles der Vorsitzende, durch Vernehmung des Berechtigten Anhaltspunkte für neue Beweiserhebungen zu gewinnen, so ist es vorzuziehen, die Vernehmung der Verhandlung voraufgehen zu lassen. Die Kosten seines Erscheinens im Verhandlungstermin werden dem Berechtigten erstattet, wenn er vorgeladen war oder das Versicherungsamt die Auffassung gewinnt, daß das Erscheinen erforderlich war. Der Berechtigte kann erwachsene Angehörige oder andere geeignete Personen als Beistand zur Verhandlung zuziehen; sie dürfen ebenso wie der Vertreter des Versicherungsträgers nicht zu solchen Personen gehören, die das Verhandeln vor Behörden geschäftsmäßig betreiben. Für die Vertretung des Versicherungsträgers gilt die weitere Beschränkung, daß sie nur durch einen Vertrauensmann oder ein Vorstandsmitglied erfolgen kann, also nicht durch einen Angestellten des Versicherungsträgers. Angesichts dieser wenig verständlichen Beschränkung, die die Vertretung der Versicherungsträger vielfach praktisch unmöglich macht, muß gefordert werden, daß zum wenigsten die gegenseitige Vertretung der Versicherungsträger durch ihre Vertrauensmänner oder Vorstandsmitglieder zugelassen wird, zumal die Verhandlung nicht vor dem Versicherungsamte des Betriebsortes, sondern vor dem Versicherungsamte des Wohn- oder Beschäftigungsortes des Berechtigten, also vielfach außerhalb des Bereichs des Versicherungsträgers stattfindet.

Nach Abschluß des Einspruchsverfahrens gehen die Akten an den Versicherungsträger zurück, der geeignetenfalls weitere Ermittlungen anstellt und sodann den Endbescheid erteilt (§ 1606 Abs. 1). Von dem (pflichtigen) Gutachten des Versicherungsamtes, das von der (freiwilligen) Aeußerung des Vorsitzenden des Versicherungsamtes im gewöhnlichen Einspruchsverfahren wohl zu unterscheiden ist, ist dem Berechtigten auf Antrag kostenlos Abschrift zu erteilen, ebenso nach Vorherzahlung der Kosten von den Niederschriften über die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen sowie von den ärztlichen Gutachten, das alles jedoch nur, soweit es mit Rücksicht auf den Berechtigten zulässig erscheint (§ 1607). Auf die Mitteilung weiterer Abschriften hat der Berechtigte keinen Anspruch. In dem Endbescheide wird der Versicherungsträger zu dem Gutachten des Versicherungsamtes oder der Aeußerung seines Vorsitzenden Stellung zu nehmen haben; insbesondere wird eine gegenteilige Entscheidung zu begründen sein. Das ist man nicht nur dem Berechtigten schuldig; es erscheint auch billig mit Rücksicht auf das Versicherungsamt. Der von einigen Versicherungsämtern geäußerte Wunsch, regelmäßig von den Entscheidungen der Versicherungsträger Kenntnis zu erhalten, geht zu weit; es würde das bei der großen Menge der Fälle eine erhebliche Arbeitslast und, wenn es überhaupt Zweck haben soll, die Mitsendung der Akten an das Versicherungsamt nötig machen. Dagegen möchte es sich empfehlen, solchen Versicherungsämtern, die das wünschen, in Fällen, die in das Rechtsmittelverfahren gelangen, nach dessen Abschluß die Akten zu übersenden. Der Vorsitzende des Versicherungsamtes wird dadurch in Fühlung mit der Rechtsprechung kommen.

Im Auslande sich befindenden Berechtigten kann alsbald (ohne Bescheid und Einspruchsverfahren) der Endbescheid erteilt werden (§ 1610). Es wurde das bestimmt, weil in diesen Fällen das Versicherungsamt des inländischen Wohn- oder Beschäftigungsortes fehlt, das für das Einspruchsverfahren zuständig wäre. Erteilt der Versicherungsträger aber zunächst einen Bescheid, was für Grenzbewohner in Frage kommen könnte, so bestimmt sich die Zuständigkeit des Versicherungsamtes nach dem letzten inländischen Wohn- oder Beschäftigungsort und, falls ein solcher fehlt, nach dem Sitze des Betriebes, in dem der Verletzte zuletzt beschäftigt war.

Bevor das Berufungsverfahren behandelt wird, sollen noch einige Besonderheiten des Bescheid- und Einspruchsverfahrens erörtert werden.

Digitized by Google

Bei Verzögerung des Bescheides sind, um den Berechtigten nicht ohne Entschädigung zu lassen, wie bisher Vorschußzahlung (ohne Bescheiderteilung) und während des Heilverfahrens vorläufige Entschädigung (durch Bescheid) vorgeschrieben (§ 1587). Außerdem aber ist bestimmt, daß dem Berechtigten durch einfaches Schreiben die Gründe mitzuteilen sind, wenn drei Monate, nachdem der Versicherungsträger von dem Unfalle oder Tode Kenntnis erhalten hat, die Erteilung des Bescheides noch nicht möglich ist (§ 1586).

Was geschieht, wenn durch neuen Bescheid die Rente wegen Aenderung der Verhältnisse neu festgestellt (erhöht, herabgesetzt, aufgehoben) wird, bevor ein früherer Bescheid über die Höhe der Entschädigung rechtskräftig wurde? Bisher mußte der neue Bescheid in seiner Rechtsmittelbelehrung einen besonderen Hinweis darauf enthalten, daß der neue Bescheid, wenn der Berechtigte sich durch ihn beschwert fühle, durch besondere Berufung angefochten werden müsse, da er sonst Rechtskraft erlange. Nach der Reichsversicherungsordnung (§ 1688) gilt das frühere Rechtsmittel und ebenso der Einspruch auch als gegen den neuen Bescheid erhoben. Die Stelle, bei der das ältere Streitverfahren schwebt, kann das Verfahren über den neuen Bescheid an sich ziehen; ihr ist Abschrift des neuen Bescheides mitzuteilen.

Eine besondere Behandlung erfordern auch noch die im Einspruchsverfahren erwachsenden Kosten. Gemäß § 59 Abs. 2 RVO. haben, wie schon gesagt, die Versicherungsträger die in Spruchsachen entstehenden Barauslagen des Verfahrens mit Ausnahme der Bezüge der Versicherungsvertreter zu erstatten. Als Spruchsachen gelten auch die im Einspruchsverfahren anhängig werdenden Sachen. Worin bestehen nun die erstattungspflichtigen Barauslagen? Unstreitig gehören dahin Zeugen- und Sachverständigengebühren, insbesondere also die Kosten ärztlicher Gutachten, die Kosten etwaiger auswärtiger Termine (und zwar nach dem preußischen Ministerialerlaß betr. Kosten der Versicherungsämter mit Ausnahme der durch Reisen des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters innerhalb des Kreises entstehenden Kosten), ferner die Vergütung für bare Auslagen und Zeitverlust des Antragstellers. Aber auch die Porto- und Formularkosten sowie die Kanzleigebühren sind erstattungspflichtig. Daß sie nicht ausgeschlossen wurden, kann man bedauern, handelt es sich doch um kleine Beträge, die nicht im richtigen Verhältnis stehen zu der Mühe und Arbeit, die durch die Kontrolle und die Einziehung verursacht werden. Man hätte hier bestimmen sollen, daß derartige Kosten von Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern gegenseitig nicht berechnet werden. In Preußen (Ministerialerlaß vom 20. Oktober 1903) und ähnlich auch in anderen Bundesstaaten waren bisher die unteren Verwaltungsbehörden angewiesen, ihre Schreiben an die Versicherungsträger frei zu machen, solange diese ihre Schreiben an die unteren Verwaltungsbehörden gleichfalls frei machen. Formularkosten sollen in Preußen von den staatlichen Versicherungsämtern vorläufig nicht angefordert werden; das gleiche Verfahren wird man von den gemeindlichen Versicherungsämtern erwarten dürfen. Wohl zu unterscheiden von den Kosten des Einspruchsverfahrens vor dem Versicherungsamt sind die Kosten, die durch die Rechtshilfe erwachsen und gemäß § 117 RVO. zu erstatten sind. Es handelt sich hier um Handlungen, die zur Zuständigkeit der ersuchenden, nicht der ersuchten Stelle gehören, und um deren Vornahme letztere deswegen angegangen wird, weil die ersuchende Stelle sie aus örtlichen oder sachlichen Gründen nicht wohl selbst ausüben kann. Zu erstatten sind auch hier nur bare Auslagen. Zu ihnen gehören nach der Anweisung des Reichsversicherungsamts von 12. November 1891 in der Regel nur die den Behörden neben ihren sonstigen dienstlichen Aufwendungen besonders erwachsenen, sofort liquiden Kosten, nicht etwa z. B. ein Anteil an den Kosten für Schreibmaterialien oder Arbeitskräfte. Diese Auslegung wird man festhalten müssen. Entgegenzutreten ist einer von gemeindlichen Versicherungsämtern wiederholt versuchten Umgehung in der Weise, daß das Gehalt von Angestellten neu festgesetzt und dabei einzelne Leistungen für Versicherungsträger, z. B. die Beschaffung einer Auskunft, besonders honoriert werden, um dieses Honorar als Barauslage des Verfahrens erscheinen zu lassen. Ein solches Vorgehen entspricht gewiß nicht der Absicht des Gesetzes.

Was den Zeitpunkt der Liquidation der Barauslagen des Verfahrens in Spruchsachen angeht, so ist für Preußen bestimmt, daß erst am Jahresschlusse liquidiert werden soll. In

Digitized by Google

anderen Bundesstaaten wird die Liquidation jedesmal sofort eingereicht. Verfährt man wie in Preußen, so sollte man jedenfalls die Kosten jedesmal sogleich angeben, damit sie alsbald geprüft werden können; nach Jahresschluß ist das mit größerer Mühe verbunden. Von der Erhebung von Kostenvorschüssen hat man in Preußen bisher meines Wissens abgesehen; die Regierungspräsidenten sind ermächtigt, mit den Versicherungsträgern Vereinbarungen zu treffen.

Kehren wir nach dieser Abschweifung zum Gange des Entschädigungsverfahrens zurück. Gegen den Endbescheid ist Berufung an das Oberversicherungsamt zulässig, dessen Spruchkammer (ein Mitglied, je zwei Beisitzer aus den Arbeitgebern und den Versicherten) nach mündlicher Verhandlung entscheidet. Die Berufungsfrist beträgt einen Monat. Die Berufung muß innerhalb dieser Zeit bei dem Oberversicherungsamt oder einer inländischen Behörde oder dem Organ eines Versicherungsträgers eingehen. Oertlich zuständig ist nicht mehr das Oberversicherungsamt, in dessen Bezirk der Unfallbetrieb liegt, sondern dasjenige, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit der Erhebung der Berufung wohnt oder beschäftigt ist (§ 1677). Dadurch ist den Versicherungsträgern die Vertretung in der Verhandlung sehr erschwert, da für jeden Versicherungsträger nunmehr sämtliche Oberversicherungsämter im ganzen Reich in Frage kommen. In gewissem Umfange, aber keineswegs vollkommen läßt sich diesem Mangel durch gegenseitige Aushilfe bei der Vertretung steuern, wobei die in einigen Teilen des Reichs bestehenden freien berufsgenossenschaftlichen Vereinigungen gute Dienste leisten können. Aufschiebende Wirkung hat die Berufung nur bei Kapitalabfindung (auch der Ausländer) und bei Wiederaufnahme (nicht bei der ersten Einleitung) des Heilverfahrens (§ 1682). Der Vollzug des angegriffenen Rentenherabsetzungs- oder Einstellungsbescheides kann durch Anordnung des Vorsitzenden der Spruchkammer des Oberversicherungsamtes einstweilen ganz oder teilweise ausgesetzt werden (§ 1683). Wenn der Berechtigte die Anhörung eines bestimmten Arztes verlangt, kann von ihm Vorauszahlung der Kosten verlangt werden (§ 1681). Dem Beteiligten ist der Inhalt und auf Verlangen Abschrift etwaiger Beweisverhandlungen mitzuteilen, ärztliche Zeugnisse mit der für das Einspruchsverfahren geltenden Einschränkung. Neu ist die dem preußischen Verwaltungsstreitverfahren nachgebildete Bestimmung, daß der Vorsitzende der Spruchkammer in allen Fällen eine Vorentscheidung treffen kann; bisher war das nur zulässig bei Unzuständigkeit des Gerichts oder verspäteter Einlegung des Rechtsmittels. Von dem Rechte der Vorentscheidung machen die Oberversicherungsämter bisher nach meinen Wahrnehmungen nur selten Gebrauch; die Vorentscheidung sollte aber insbesondere dann stattfinden, wenn der Vorsitzende nach den Akten zu der Ueberzeugung gelangt, daß die Berufung offenbar unbegründet ist. Gegen die Vorentscheidung ist der Antrag auf mündliche Verhandlung oder bei Rekursfähigkeit die alsbaldige Geltendmachung des Rekurses zulässig (§ 1679 in Verbindung mit § 1657). Steht fest, daß ein Urteil des Oberversicherungsamtes mit dem Rekurs nicht angegriffen werden kann, so ist das am Schluß des Urteils zu vermerken (§ 1692). Wird dieser Vermerk irrtümlich gemacht, so läuft die Rekursfrist ein ganzes Jahr (§ 1711). Die zu der mündlichen Verhandlung nach Bedarf zuzuziehenden ärztlichen Sachverständigen (§ 1686) werden jetzt nicht mehr auf ein Jahr, sondern auf vier Jahre gewählt; sie müssen mindestens zur Hälfte am Sitze des Oberversicherungsamtes wohnen. In Sachen der Unfallversicherung dürfen als Sachverständige nur solche Aerzte zugezogen werden, die nicht in einem Vertragsverhältnisse zu Trägern der Unfallversicherung stehen oder nicht regelmäßig von ihnen als Gutachter in Anspruch genommen werden. Das ist eine wohlgemeinte, aber recht unglückliche Bestimmung. Da fast alle Aerzte von besonderer Erfahrung in der Beurteilung von Verletzungsfolgen und genauerer Kenntnis der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes von den Versicherungsträgern beschäftigt werden, wodurch sie eben jene besondere Kenntnis und Erfahrung erlangen, so ist es den Oberversicherungsämtern bei strenger Auslegung des Gesetzes kaum möglich, ärztliche Sachverständige zu gewinnen, die den Gutachtern der Versicherungsträger zum mindesten ebenbürtig sind. Das liegt selbstverständlich nicht im Interesse der Rechtsprechung, vor allem auch nicht im Interesse der Versicherten. Einzelne Oberversicherungsämter haben sich dadurch zu helfen ge-

Digitized by Google

sucht, daß sie einen ärztlichen Sachverständigen dann unbedenklich mitwirken lassen, wenn er für denjenigen Versicherungsträger, der im einzelnen Streitfalle beteiligt ist, nicht regelmäßig tätig ist. Wie bisher schon das Reichsversicherungsamt, kann jetzt auch das Oberversicherungsamt am Streit nicht beteiligte Träger der Unfallversicherung, deren Entschädigungsverpflichtung in Frage kommt, beiladen und verurteilen (§ 1687), im Gegensatze zum Reichsversicherungsamt aber dann nicht, wenn ein Einspruch gegen den in Betracht kommenden Versicherungsträger bereits rechtskräftig abgelehnt worden ist. Bei Zurückverweisung in die Vorinstanz, also an den Versicherungsträger, wegen Mangels des Verfahrens kann das Oberversicherungsamt die Gewährung vorläufiger Leistungen anordnen (§ 1690). Im Interesse der Einheitlichkeit der Rechtsprechung ist bestimmt (§ 1693), daß das Oberversicherungsamt, wenn es in einem Falle, in dem der Rekurs ausgeschlossen ist, von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes abweichen will, oder wenn es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt, die Sache unter Begründung seiner Rechtsauffassung an das Reichsversicherungsamt abzugeben hat. Das Reichsversicherungsamt (gegebenenfalls an seiner Stelle das Landesversicherungsamt) urteilt dann nicht als Rekurs-, sondern als Berufungsgericht. Lehnt das Oberversicherungsamt die Abgabe an das Reichsversicherungsamt ab, so gibt es dagegen leider keinen Rechtsbehelf. Entscheidungen von grundsätzlicher Bedeutung werden als solche veröffentlicht (§ 1716). Sehr erwünscht wäre, daß aus den zahlreichen älteren, früher veröffentlichten Entscheidungen diejenigen bestimmt würden, die künftig als grundsätzliche Entscheidungen gelten sollen. Das würde die Rechtsprechung der Oberversicherungsämter wesentlich fördern und zu ihrer Einheitlichkeit viel beitragen können.

Sämtliche Kosten der Oberversicherungsämter, sowohl die Gerichtshaltungs- wie die Verfahrenskosten (einschließlich der Reisekostenerstattungen an die Kläger) trägt zunächst der Bundesstaat. Die Versicherungsträger zahlen für jede Sache einen Pauschbetrag, der vom Bundesrat alle vier Jahre festgesetzt wird. Die Pauschbeträge sollen die tatsächlichen Kosten der Oberversicherungsämter ohne die Bezüge der Mitglieder und ihrer Stellvertreter zur Hälfte decken (§ 80).

Gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts ist in den an anderer Stelle bezeichneten Fällen der Rekurs an das Reichsversicherungsamt (gegebenenfalls an das Landesversicherungsamt) zulässig (§§ 1699 ff.). Die Rekursfrist beträgt einen Monat. In dieser Zeit muß die Rekursschrift beim Reichsversicherungsamt oder einer inländischen Behörde oder bei dem Organ eines Versicherungsträgers eingehen. Versagt ist der Rekurs im Gegensatze zur bisherigen Regelung im wesentlichen bei der Kapitalabfindung von Ausländern, bei Gewährung einer vorläufigen Rente und bei Aenderung von Dauerrenten. Die Zuständigkeit der Landesversicherungsämter ist entgegen der anfänglichen Absicht nicht ausgedehnt worden. Aufschiebende Wirkung hat, wie bisher, der Rekurs des Versicherungsträgers für Beträge, die für die Zeit vor Erlaß des Urteils des Oberversicherungsamts nachgezahlt werden sollen (§ 1710); im übrigen gilt in dieser Beziehung für den Rekurs dasselbe wie für die Berufung. Ohne mündliche Verhandlung kann nur der unzulässige oder verspätet eingelegte Rekurs zurückgewiesen werden, wenn der Vorsitzende des Rekursenats darüber mit dem Berichterstatter einig ist (§ 1713), nicht mehr der offenbar unbegründete Rekurs, über den bisher in kleiner Besetzung ohne mündliche Verhandlung entschieden wurde. Der zur Aufrechterhaltung der Rechtseinheit geschaffene frühere Erweiterte Senat wird jetzt Großer Senat genannt (§ 1717); er wird durch Mitglieder von Landesversicherungsämtern verstärkt, wenn es sich um einen Fall handelt, der von dem Spruchsenat eines Landesversicherungsamtes abgegeben wurde.

Ueberschauen wir das gesamte neue Entschädigungsverfahren, so unterscheiden wir einen dreifachen Schutz des Entschädigungsanspruchs des Versicherten. Den stärksten Schutz erfahren die rekursfähigen Ansprüche, also Ablehnung der Entschädigung, erstmalige Feststellung der Dauerrente, wiederholte Feststellung einer Dauerrente nach Heilanstaltspflege, Aufhebung der Rente an Verwandte aufsteigender Linie oder Enkel Getöteter usw.; für diese Ansprüche gelten das ein-

Digitized by Google

fache Einspruchsverfahren sowie die Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses. Es folgen die Neufeststellung (Aenderung) von Dauerrenten wegen Aenderung der Verhältnisse, also die Erhöhung, Herabsetzung und Aufhebung der Dauerrente; für sie gelten das erweiterte Einspruchsverfahren und das Rechtsmittel der Berufung. Den geringsten Schutz genießen die übrigen nicht rekursfähigen Entschädigungsansprüche (auf vorläufige Renten, auf Renten für zurückliegende Zeiträume, auf Angehörigenrenten, Krankenhausbehandlung, Hauspflege, Heilanstaltpflege, Sterbegeld, Kapitalabfindungen und Kosten des Verfahrens, letztere nur in Verbindung mit einem Anspruch auf Entschädigung); für diese Ansprüche gelten das einfache Einspruchsverfahren und das Rechtsmittel der Berufung.

Schwierigkeiten hat die im Einführungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung leider nicht geregelte Frage gemacht, wie die Aenderung einer Verletztenrente in solchen Fällen zu behandeln ist, in denen vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung, also vor dem 1. Januar 1913 bereits eine Verletztenrente festgestellt war. Sind diese alten Verletztenrenten Dauerrenten oder vorläufige Renten oder keines von beiden? Das Reichsversicherungsamt hat sich, vorbehaltlich der Entscheidung im Spruchverfahren über die Anwendung der §§ 608, 609, 1585 RVO. auf jene altrechtlichen Fälle unter dem 8. April 1913 — I 6407 — wie folgt geäußert:

I. Eine nach altem Recht festgestellte Rente ist dann als Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren seit Rechtskraft der ersten endgültigen Rentenfeststellung festgestellt worden ist.
Denn sie ist bereits mit Jahresbindung festgesetzt, und das ist das materiellrechtliche Kennzeichen der Dauerrente.

II. Alle anderen nach altem Recht festgestellten Renten sind weder als vorläufige noch als Dauerrenten anzusehen.
Denn ihnen fehlen die materiell-rechtlichen Kennzeichen:
a) der vorläufigen Rente, die ohne Aenderung der Verhältnisse abgeändert und hinsichtlich des Jahresarbeitsverdienstes nachgeprüft werden kann;
b) der Dauerrente, deren neue Feststellung nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre vorgenommen oder beantragt werden darf.

Hieraus ergibt sich folgendes:

Zu I. 1. Diese Renten sind nur in Jahresfristen abänderbar, § 609;
2. für sie gilt ein besonderes Einspruchsverfahren, §§ 1600—1605;
3. die Abänderung solcher Renten ist nicht rekursfähig, § 1700[8].

Zu II. Es gelten von den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nur die allgemeinen, nicht die besonderen für vorläufige und nicht die besonderen für Dauerrenten.

Also 1. der Jahresarbeitsverdienst bleibt unabänderbar;
2. diese Renten können nur bei wesentlicher Aenderung der Verhältnisse abgeändert werden;
3. die Abänderung kann jederzeit vorgenommen oder beantragt werden;
4. für sie gilt das gewöhnliche Einspruchsverfahren;
5. die Abänderung ist rekursfähig, wenn Dauerrente festgestellt wird.
Bei Erlaß des Abänderungsbescheides muß dazu Stellung genommen werden, ob die nach neuem Recht festzustellende Rente eine vorläufige oder eine Dauerrente ist; die Rente muß als Dauerrente festgestellt werden, wenn zwei Jahre seit dem Unfalle verstrichen sind (§ 1585).
6. Die Dauerrente kann nur festgestellt werden, sobald eine wesentliche Aenderung der Verhältnisse vorliegt, weil die Reichsversicherungsordnung ohne diese Voraussetzung die Feststellung einer Dauerrente nur verlangt, wenn die laufende Rente eine vorläufige ist, und es an dieser Voraussetzung fehlt.

Digitized by Google

Von den Sachen, in denen bereits eine Rente nach altem Recht festgestellt ist, können hiernach bei Aenderung der Rente nur noch diejenigen in die Rekursinstanz kommen, in denen zur Zeit der Rentenfeststellung nach altem Recht noch nicht zwei Jahre seit der Rechtskraft der ersten endgültigen Entscheidung verstrichen waren, und auch diese nur je einmal, nämlich bei Feststellung der Dauerrente.

Eine Bindung an Jahresfristen besteht bei den nach altem Recht festgestellten Renten nur dann, wenn sie als Dauerrenten anzusehen sind, also nur in den Fällen zu I.

Diese Leitsätze des Reichsversicherungsamts sind von dem Geschäftsführer der Rheinischen Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen, Herrn Jul. Münch, Essen, in nachstehende Uebersicht gebracht worden, die die mechanische Anwendung der Leitsätze in der Praxis gestattet und mir für meine Darlegungen freundlichst überlassen wurde:

A. Aenderung der nach altem Recht festgestellten Renten.

Art der Fälle:	Art der Rente und des Verfahrens:
Gruppe I. Fälle, in denen nach Ablauf von zwei Jahren nach der Rechtskraft der ersten Feststellung die Rente neu festgestellt worden ist.	**Dauerrente,** weil mit Jahresbindung festgestellt, **daher bei Aenderung** **Besonderes** Einspruchsverfahren, **Rekurs unzulässig.**
Gruppe II. a) Fälle, in denen nach Ablauf von zwei Jahren nach der Rechtskraft der ersten Feststellung keine neue Feststellung erfolgt ist; b) Fälle, in denen seit dem Unfalle mehr als zwei Jahre, aber seit der Rechtskraft der ersten Feststellung noch keine zwei Jahre verstrichen sind.	Die **Rente** ist weder eine vorläufige, noch eine Dauerrente. Bei Aenderung der Verhältnisse ist **Dauerrente** festzustellen. **Gewöhnliches** Einspruchsverfahren, **Rekurs zulässig.** Anmerkung: Bei Aufhebung der Rente findet das gleiche Verfahren Anwendung.
Gruppe III. **Fälle aus den Jahren 1911 und 1912,** in denen seit dem Unfall noch keine zwei Jahre verflossen sind. Anmerkung: Die Fälle der Gruppe III scheiden nach und nach, und zwar bis Ende 1914 vollständig aus.	Die **Rente** ist weder eine vorläufige, noch eine Dauerrente. **Bei Aenderung** ist nach Lage des Falles entweder 1. **vorläufige** oder 2. **Dauerrente** festzustellen. Zu 1. **Gewöhnliches** Einspruchsverfahren, **Rekurs unzulässig.** Zu 2. **Gewöhnliches** Einspruchsverfahren, **Rekurs zulässig.** Anmerkung: Bei Aufhebung Rekurs unzulässig.

Digitized by Google

B. Feststellung und Aenderung der Renten nach neuem Recht (RVO.).

Gruppe IV.

1. Vorläufige Rente und
2. Aenderung vorläufiger Renten:
   Gewöhnliches Einspruchsverfahren,
   Rekurs unzulässig.
3. Erstmalige Dauerrente
   (Feststellung **kann** innerhalb zwei Jahren, **muß** aber spätestens zwei Jahre nach dem Unfall erfolgen)
   Gewöhnliches Einspruchsverfahren,
   Rekurs zulässig.
4. Aenderung von Dauerrenten
   Besonderes Einspruchsverfahren,
   Rekurs unzulässig.

Damit möge die Feststellung der Leistungen im Spruchverfahren abgeschlossen werden.

Bevor die Reichsversicherungsordnung zu den „Anderen Spruchsachen" übergeht, regelt sie in den §§ 1735 ff. noch „Besondere Arten des Feststellungsverfahrens". Es handelt sich zunächst um den Streit mehrerer Versicherungsträger über die Entschädigungspflicht in Fällen, in denen die Versicherungspflichtigkeit der Beschäftigung, das Vorliegen eines Betriebsunfalles und das Vorhandensein von entschädigungspflichtigen Unfallfolgen nicht zweifelhaft ist. In diesen Fällen entscheidet, wie bisher, unmittelbar das Reichsversicherungsamt, das gegebenenfalls die beteiligten Versicherungsträger beiädt. Weiter handelt es sich um das Verteilungsverfahren in solchen Fällen, in denen die unfallbringende Beschäftigung für mehrere Betriebe oder Tätigkeiten stattgefunden hat. Auch hier entscheidet das Reichsversicherungsamt; die Regelung ist im wesentlichen dieselbe wie bisher. Endlich werden Bestimmungen getroffen über die Anfechtung rechtskräftiger Bescheide der Versicherungsträger im Wege der Wiederaufnahme des Verfahrens. Zuständig ist, wie bisher, das Feststellungsorgan des Versicherungsträgers, dessen Bescheid angefochten wird, nicht aber, wie der Entwurf vorsah, das Versicherungsamt.

Außer den Spruchsachen, die sich auf die Feststellung der Entschädigung beim Streit zwischen Berechtigtem und Versicherungsträger beziehen, bestimmt die Reichsversicherungsordnung noch für eine Reihe von anderen Streitsätzen die Entscheidung im Spruchverfahren. Es sind das die sogenannten „Anderen Spruchsachen", von denen der dritte Hauptabschnitt des 6. Buches der Reichsversicherungsordnung handelt. In Betracht kommen für die Unfallversicherung die Ersatzansprüche von Krankenkassen, Unternehmern oder Berufsgenossenschaften, die sich aus der Unfallfürsorge in den ersten 13 Wochen ergeben, weiter die Ersatzansprüche, die aus den Beziehungen der Versicherungsträger zueinander erwachsen, sowie Ersatzansprüche der endgültig verpflichteten Berufsgenossenschaft gegenüber der zunächst angegangenen. Diese Ersatzansprüche werden vom Spruchausschuß des Versicherungsamtes entschieden, gegen dessen Entscheidung die Berufung an das Oberversicherungsamt gegeben ist. Mit gewissen Einschränkungen ist dann weiter die Revision beim Reichsversicherungsamt zugelassen.

Wohl zu unterscheiden von dem Spruchverfahren ist dann das Beschlußverfahren der Versicherungsbehörden. Im Beschlußverfahren ergehen alle Entscheidungen der Versicherungsbehörden, für die nicht das Spruchverfahren ausdrücklich vorgeschrieben ist. Vorwiegend handelt es sich dabei um Beschwerden gegen Entscheidungen der Versicherungsträger; es kommen aber auch

Digitized by Google

Sachen in Frage, die von vornherein von den Versicherungsbehörden zu entscheiden sind, z. B. für das Versicherungsamt die Bestrafung des Unternehmers wegen versäumter oder unvollständiger Betriebsanmeldung (§ 656 RVO.), für das Oberversicherungsamt die Festsetzung der Ortslöhne (§ 149), für das Reichsversicherungsamt die Genehmigung der Satzungen, der Dienstordnungen, der Gefahrtarife, der Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften usw.

Schreibt das Gesetz nicht durch den Zusatz Beschlußausschuß, Beschlußkammer, Beschlußsenat das kollegiale Beschlußverfahren vor, so entscheidet der Vorsitzende nach näherer Vorschrift der Kaiserlichen Verordnungen über das Verfahren. Handelt es sich um die Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes oder den Beschlußsenat des Reichsversicherungsamtes, so ist der Vorsitzende berechtigt, Beschlußsachen, die Fragen von grundsätzlicher Bedeutung betreffen, vor das Kollegium zu bringen. Er ist dazu verpflichtet, wenn es bei Meinungsverschiedenheiten ein an der Beurteilung der Sache beteiligtes Mitglied beantragt.

Ueber Beschwerden gegen Straffestsetzungen der Genossenschaftsvorstände in der Unfallversicherung hat gemäß § 910 Abs. 1 RVO. stets die Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes zu entscheiden.

Der Beschlußausschuß des Versicherungsamtes besteht aus drei Personen (dem Vorsitzenden des Versicherungsamtes und zwei Versicherungsvertretern), die Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes aus vier Personen (dem Vorsitzenden und einem zweiten Mitgliede des Oberversicherungsamtes und je einem Beisitzer der Arbeitgeber und der Versicherten), der Beschlußsenat des Reichsversicherungsamtes aus fünf Personen (dem Präsidenten, einem Direktor oder einem Senatspräsidenten als Vorsitzendem, einem vom Bundesrat gewählten nichtständigen Mitgliede, einem ständigen Mitgliede und je einem nichtständigen Mitgliede aus den Arbeitgebern und den Versicherten).

Oertlich zuständig ist in der Unfallversicherung als erste Instanz des Beschlußverfahrens das Versicherungsamt oder Oberversicherungsamt, in dessen Bezirk der Sitz des Betriebes liegt oder die versicherte Tätigkeit ausgeführt wird.

Die Verhandlungen im Beschlußverfahren sind stets nicht öffentlich.

Als Rechtsmittel kennt das Gesetz außer der Beschwerde die weitere Beschwerde. Die auf die weitere Beschwerde ergehenden Entscheidungen sind endgültig, auch wenn sie das Oberversicherungsamt trifft.

Den Beschluß des 6. Buches der Reichsversicherungsordnung bilden einige Bestimmungen über die Auferlegung von Kosten und die Gebühren der Rechtsanwälte.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Einweisung ins Krankenhaus mit beschränkter Kostenübernahme ist unzulässig; Einschreiten der Aufsichtsbehörde hiergegen.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 2. Dezember 1912.

Am 1. April 1910 haben die städtischen Behörden in Z. die täglichen Verpflegungssätze für die im dortigen städtischen Krankenhause untergebrachten Kranken der 3. Klasse aus der Stadt Z. auf 2,20 M., für Auswärtige auf 3,20 M. festgesetzt. Die Z.er Krankenkasse haben demnach für diejenigen dem gedachten Krankenhause überwiesenen Kassenmitglieder, die in der Stadt beschäftigt sind, aber auswärts wohnen, für den Tag 3,20 M. an Verpflegungskosten zu zahlen. Infolgedessen hat der Vorstand der klagenden Kasse auf die Krankenhausaufnahmescheine für von den Kassenärzten der Krankenhausbehandlung bedürftig erklärte auswärtige Mitglieder wiederholt einen Vorbehalt des Inhalts gesetzt, daß die Kasse die Kurkosten mit 2,20 M. für den Verpflegungstag tragen werde.

Mit Rücksicht hierauf gab der Magistrat zu Z. in seiner Eigenschaft als Aufsichtsbehörde der Kasse dem Kassenvorstande in Anwendung des § 45 Abs. 1 KVG. bei Vermeidung einer Ordnungsstrafe von 10 M. für jeden Zuwiderhandlungsfall auf, künftig diesen Vorbehalt auf den Krankenaufnahmescheinen fortzulassen. Die Revision der Kasse wurde als unbegründet befunden.

Das Vorgehen der Aufsichtsbehörde stützt sich auf den § 45 Abs. 1 KVG. Danach ist die angefochtene Verfügung nur dann berechtigt, wenn in dem Eintragen des bemängelten Vorbehalts in

Digitized by Google

die Aufnahmescheine ein Zuwiderhandeln gegen das Statut oder das Gesetz — und zwar kann hier nach Lage der Verhältnisse nur das Krankenkassengesetz selbst in Frage kommen — liegt. Das ist in der Tat der Fall.

Die Kasse ist natürlich im Verhältnis zur Verwaltung des Krankenhauses, dem sie Kassenmitglieder zu überweisen wünscht, nicht gehindert, sich die Bewilligung eines ihr angemessen scheinenden Preises auszubedingen und die Einweisung von Kassenmitgliedern in das Krankenhaus, sei es allgemein, sei es in einzelnen Fällen, von entsprechenden Zugeständnissen der Krankenhausverwaltung abhängig zu machen; und wenn die vom Beklagten beanstandeten Ueberweisungsscheine mit der Haftungsbeschränkung lediglich ein an die Krankenhausverwaltung gerichtetes, die Rechtslage der Empfänger der Scheine der Kasse gegenüber nicht berührendes Vertragsangebot enthielten, so würde gegen die Scheine nichts einzuwenden sein. So kann aber deren Bedeutung nicht aufgefaßt werden. Nach der Lage der Sache und den Erklärungen der beklagten Kasse kann nicht bezweifelt werden, daß durch Aushändigung der Scheine an die Versicherten deren Einweisung in das Krankenhaus ausgesprochen, also seitens der Kasse von dem Wahlrecht des § 7 KVG. Gebrauch gemacht, Anstaltsbehandlung an Stelle der Leistungen des § 6 KVG. gewährt, diese Gewährung aber an eine den Wert der Leistung ganz wesentlich einschränkende Bedingung geknüpft werden sollte, die im Ergebnis auf eine teilweise Verweigerung hinauskommt. Diese Bedingung mit dem Urteil des Bayer. Verwaltungsgerichtshofes v. 9. Dezember 1901 (Arb.-Versorgg. 1902 S. 642) als nicht geschrieben anzusehen, ist nicht möglich, denn es ist klar, daß damit der Erklärung der Kasse ein Sinn beigelegt werden würde, den sie nach der Absicht der Ausstellerin nicht hat. Ist aber die Aushändigung des mit dem streitigen Vermerke versehenen Ueberweisungsscheins an das Kassenmitglied als Ausübung des Wahlrechts des § 7 KVG. ihm gegenüber unter gleichzeitiger Ablehnung eines Teiles der daraus entspringenden Verpflichtungen zur Zahlung der Kosten aufzufassen, so steht solchem Verfahren der Kasse in der Tat die Erwägung des angefochtenen Urteils entgegen, daß die Kasse zwar hinsichtlich dieser Ueberweisung auf Grund freien Ermessens handelt und einer Anweisung seitens der Aufsichtsbehörde nicht unterliegt, ihr dagegen nicht freisteht, an Stelle der in § 13 des Statuts (§ 6 KVG.) normierten Leistungen eine nur teilweise freie Kur und Verpflegung im Krankenhause zu gewähren. Die Aushändigung der bedingten Ueberweisungsscheine ist alsdann aber nicht nur dahin zu beurteilen, daß die Kasse keine der beiden zu ihrer Wahl stehenden Leistungsformen angeboten, dies an sich nur nach § 58 Abs. 1 KVG. nachzuprüfende Verhalten zur Verwaltungspraxis erhoben, und damit eine unter § 45 Abs. 1 KVG. fallende Gesetzwidrigkeit begangen habe — sondern dahin, daß die Kasse den Versicherten statt dessen etwas anderes angeboten hat, was sie ihnen nach Gesetz und Statut nicht anbieten durfte. Denn sie darf nur entweder die Leistungen des § 6, oder „an Stelle" dieser Leistungen Anstaltspflege anbieten; dieses so gekennzeichnete Anbieten ist aber nur ein solches, welches dem betreffenden Kassenmitgliede keine weiteren Kosten aufbürdet, weil auch die Leistungen des § 6 in dieser Weise zu gewähren sind. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob an sich die Kasse befugt ist, die Gewährung der Anstaltspflege an Bedingungen zu knüpfen; jedenfalls darf sie keine Bedingungen stellen, die dem Gesetze zuwiderlaufen.

Kennzeichnet sich aber das Verhalten der Kasse als das Anbieten einer im Gesetz überhaupt nicht vorgesehenen Leistung, so bietet jeder einzelne Fall der Aufsichtsbehörde die Veranlassung zum Einschreiten nach § 45 Abs. 1 KVG.

Entlassung eines Kassenangestellten aus wichtigem Grunde.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 26. November 1912.

Aus den Gründen:

Gegen die Entscheidung, durch welche die Entlassung des Kassenassistenten R. für gerechtfertigt erklärt ist, hat R. weitere Beschwerde erhoben mit dem Antrag, die Kündigung und Dienstentlassung zum 1. Oktober 1911 für unzulässig zu erklären.

Die weitere Beschwerde ist nach Artikel 38 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung in Verbindung mit § 8 Nr. 4 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 1. August 1911 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 324) statthaft. Zu ihrer Erledigung ist auf Grund der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 12. Januar 1912 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 325) nach § 15 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren des Reichsversicherungsamts vom 24. Dezember 1911 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1911 S. 1083) der erste Revisionssenat berufen.

Da R. bereits über zehn Jahre im Dienste der Kasse gestanden hatte, hängt die Entscheidung davon ab, ob für die Entlassung ein Grund im Sinne des § 354 Abs. 2 RVO. gegeben ist. Das Schiedsgericht findet solche Gründe in der unbefugten Oeffnung eines Briefes, in dem Benehmen des Angeschuldigten gegen weibliche Kassenmitglieder

Digitized by Google

und seinem allgemeinen Verhalten seinen Vorgesetzten und Mitangestellten gegenüber. Dabei hält das Schiedsgericht nicht jeden einzelnen Fall für einen ausreichenden Entlassungsgrund, wohl aber die Verfehlungen in ihrer Gesamtheit.

Dieser Auffassung hat sich der Senat zur Zeit nicht anschließen können. Die dem Angeklagten vorgeworfenen Verfehlungen sind zwar an sich durchaus geeignet, die Entlassung zu rechtfertigen. Aber sie liegen zum Teil mehrere Jahre zurück und sind in ihren Einzelheiten auch nicht derartig klargestellt, daß jetzt schon eine sichere Beurteilung möglich wäre ... (Wird im einzelnen ausgeführt.)

Endlich hätte das Schiedsgericht aber auch auf die nachträglich von der Kasse vorgebrachten Anschuldigungen eingehen müssen. Das Schiedsgericht hat die Prüfung dieser Punkte mit Unrecht abgelehnt. Es muß sich allerdings auf diejenigen Verfehlungen beschränken, die dem Angeschuldigten in der Anschuldigungsschrift zum Vorwurf gemacht werden. Die Anfertigung der Anschuldigungsfrist ist in § 8 Nr. 1 der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 1. August 1911 für die Uebergangszeit der Krankenkasse selbst übertragen. Nach allgemeinen Grundsätzen des Strafrechts und des Dienststrafrechts ist es zulässig, sowohl die bereits erhobenen Anschuldigungen weiter auszuführen und mit neuen Beweismitteln zu belegen, als auch eine weitere Anschuldigungsschrift nachträglich einzureichen, die sich auf neue Tatsachen stützt. Solche zulässigen Ergänzungen stellen die Schriftsätze vom 20. Oktober und namentlich vom 30. November 1911 dar. Nur in der zweiten Instanz dürfen neue Tatsachen, welche die Grundlage einer anderen Beschuldigung bilden, nicht mehr vorgebracht werden (zu vgl. § 43 der Kaiserlichen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren vor den Oberversicherungsämtern vom 24. Dezember 1911) ...

Erholungsheim kein „Krankenhaus" im Sinne des § 7 RVG.

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 27. Dezember 1912.

Das von der Kasse für ihre Mitglieder eingerichtete „Erholungsheim" dient zur Aufnahme von Erholungsbedürftigen, Rekonvaleszenten, schwächlichen, leicht nervösen und schlaflosen Personen, sowie von solchen Kranken, die weder besonderer ärztlicher Behandlung noch besonderer Pflege bedürfen, sondern an dem regelmäßigen Haushalt teilnehmen können. Durch die Unterbringung im Erholungsheim soll bei solchen Mitgliedern, die die Leistungen der Kasse haben in Anspruch nehmen müssen, eine von der Wiederaufnahme der Arbeit zu erwartende Verschlimmerung ihres Gesundheitszustandes verhütet oder die nach überstandener Krankheit verbliebene Erwerbsunfähigkeit behoben werden. Eine solche Anstalt ist kein Krankenhaus im Sinne des § 7 RVG.; denn wenn sie auch von dem zur Aufsicht bestellten Arzt zur Kontrolle des Zu- und Abgangs einmal in der Woche besucht wird, so findet doch eine „Kur" und Verpflegung darin nicht statt.

Die Einweisung in das Erholungsheim begründet darum auch keinen Anspruch auf Angehörigenunterstützung.

Unterbrechung der dreiwöchigen Kassenzugehörigkeit im Sinne des § 28 RVG.

Urteil des **Landgerichts** in **Bonn** vom 15. Mai 1913.

Gegen das hier in Nr. 10 S. 222, 223 abgedruckte Urteil hat die Kasse Berufung eingelegt. Das Landgericht hat dem Rechtsmittel stattgegeben und die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Im Gegensatz zur rechtlichen Auffassung des Amtsgerichts kann nicht angenommen werden, daß die Unterbrechung der Angehörigkeit zu einer auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes errichteten Krankenkasse, wenn sie sechs oder sieben Tage währt, so unbedeutend sei, daß noch eine ununterbrochene Angehörigkeit im Sinne des § 28 des Gesetzes vorläge. Denn diese Zeit beträgt etwa ein Drittel der sog. Karenzzeit (?) von drei Wochen, und das Gesetz selbst gewährt im § 27 dem Versicherten den Weg, auf welchen er sich trotz Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung Ansprüche an die Kasse erhalten kann. Darauf, wie es gekommen sei, daß die Unterbrechung ohne Verzögerung seitens des Klägers so lange gedauert habe, kommt es demnach nicht an.

Aufnahme in eine Hilfskasse durch Eintragung in die vom Ziegelmeister geführte Liste. Keine Anfechtung aus einem Grunde, der satzungsmäßig ein Ausschließungsgrund ist. Der Ausschluß muß dem Mitgliede gegenüber erklärt werden.

Bescheid des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 10. Juli 1913.

Der Bezirksausschuß konnte, ohne sich eines Mangels im Verfahren, insbesondere eines Verstoßes gegen den Akteninhalt, schuldig zu machen, zu der tatsächlichen Feststellung kommen, daß statutenmäßig als Mitglied der Unterstützungskasse aufgenommen ist, und zwar durch Eintragung in die von dem Ziegelmeister O. geführte Liste und Zahlung des Beitrags für den ersten Monat. In § 2 des Statuts der Unterstützungskasse ist nun zwar gesagt, daß Mitglied der Kasse nur der werden kann, der gesund ist, sowie daß falsche Angaben über den Gesundheitszustand und überstandene Krankheiten den Verlust der Mitgliedschaft nach sich ziehen.

Digitized by Google

In § 3 des Statuts ist aber bestimmt, daß der Ausschluß aus der Hilfskasse u. a. nur dann erfolgen kann, wenn ein Mitglied bei der Aufnahme ein chronisches Uebel, einen inneren oder äußeren Schaden verheimlicht habe. Da dies nach dem Statute zum Ausschließungsgrunde gemacht ist, hat die Kasse sich damit der Möglichkeit begeben, aus demselben Grunde den Aufnahmevertrag selbst als nichtig anzufechten (vgl. Entsch. des Oberverwaltungsgerichts 53 S. 375, 376, Monatsblätter für Arbeiterversicherung 1909 S. 130). Es läßt auch weder einen Rechtsirrtum, noch einen Verfahrensmangel erkennen, wenn der Vorderrichter angenommen hat, es sei weder behauptet noch sonst aus den Akten zu entnehmen, daß der Ausschluß dem Statute gemäß erfolgt sei. Nach diesem erfolgt der Ausschluß durch den Vorstand oder bei Abwesenheit der übrigen durch zwei Vorstandsmitglieder; und zwar muß die Erklärung dem Ausgeschlossenen gegenüber abgegeben werden, was sich schon daraus ergibt, daß diesem dagegen die Beschwerde an die Generalversammlung zusteht. Die einseitige Streichung des T. in der Mitgliederliste kann also die Wirkungen des Ausschlusses nicht haben. Daß der Ausschluß aber dem T. gegenüber ausgesprochen ist, hat der Kläger selbst gar nicht behauptet. Uebrigens kann der Ausschluß auch nur für die Zukunft wirken und eine einmal eingetretene Kassenmitgliedschaft nicht für die Vergangenheit rückgängig machen. T. war deshalb während seiner Tätigkeit auf der Ziegelei vom 5. bis 9. September 1911 Mitglied der Unterstützungskasse und deshalb nach § 75 KVG. von dem Beitritte zu der gesetzlichen Zwangskasse befreit. Daraus folgt, daß die Beklagte (Ortskrankenkasse) zur Erstattung der dem Kläger (Armenverband) für die Verpflegung des T. erwachsenen Kosten nicht in Anspruch genommen werden kann.

B. Zur Unfallversicherung.

(L.) **Versicherungsrechtliche Zugehörigkeit eines genossenschaftlichen Kreissägebetriebs.**

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 19. Juni 1913 (Ia 5685/12).

Das Reichsversicherungsamt ist für die Entscheidung davon ausgegangen, daß die Verwendung der von der Sägewerksgenossenschaft in Kjaer unterhaltenen Kreissäge als ein „Betrieb" im Sinne der Unfallversicherungsgesetze anzusehen ist. Sowohl der Umfang wie die Art der Benutzung der Säge, die, wenn auch insgesamt nur wenige Tage im Jahre, so doch in regelmäßiger Wiederkehr von den Mitgliedern der Genossenschaft, vereinzelt auch von sonstigen Personen, zum Zerkleinern von Holz verwendet wird, und deren Bedienung in der Regel zwei Personen erfordert, spricht dafür, daß versicherungsrechtlich „ein Betrieb" — und nicht etwa lediglich eine nicht versicherte Einrichtung — vorliegt. Allerdings ist seiner Art nach dieser Betrieb unversichert. Denn weder fällt er unter die im § 1 GUVG. genannten versicherten Betriebe, noch kann seine Versicherungspflicht aus § 2 Abs. 3 GUVG. hergeleitet werden, da hinsichtlich der hier bezeichneten Betriebe in jedem Falle Gewerbsmäßigkeit die Voraussetzung für die Versicherungspflicht bildet, im vorliegenden Falle jedoch nach den angestellten Ermittlungen die Säge nicht zu Zwecken des Erwerbs unterhalten wird. Indes ist infolge der nicht bloß vorübergehenden Verwendung des zum Antriebe der Säge benutzten Motors — eines durch elementare Kraft bewegten Triebwerks — ein nach § 2 Abs. 2 GUVG. versicherungspflichtiger Betrieb gegeben. Dieser Betrieb kann nach der Auffassung des erkennenden Senats nicht als Teil oder Nebenbetrieb des landwirtschaftlichen Betriebs der einzelnen an der Säge beteiligten Genossen angesehen werden. Einer solchen Auffassung steht schon der Umstand entgegen, daß nach dem Ergebnisse der Ermittlungen das zerkleinerte Holz fast ausschließlich von den Genossen weder in der eigenen Landwirtschaft gewonnen, noch für Zwecke der Landwirtschaft verwendet wird, daß es sich vielmehr lediglich um Holz für die Hauswirtschaft handelt. Demgegenüber kann die Tatsache, daß der für den Antrieb der Säge verwendete Motor zugleich zum Antrieb einer Dreschmaschine benutzt wird, nicht ausreichen, um die Annahme zu begründen, die Sägerei werde im Rahmen der Landwirtschaft oder in wirtschaftlicher Abhängigkeit von ihr betrieben. Unter solchen Umständen braucht auch nicht erörtert zu werden, ob zur Zeit des Unfalls des Klägers überhaupt alle Genossen Unternehmer eines landwirtschaftlichen Betriebs waren, dem die motorisch betriebene Sägerei zugerechnet werden könnte. Vielmehr liegt ein selbständiger, bei der Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft versicherungspflichtiger Betrieb vor, dessen Versicherung sich auf alle diejenigen Personen erstreckt, die mit dem Betrieb und der Instandhaltung des Motors oder in seinem Gefahrenbereiche beschäftigt sind. Zu diesen Personen gehören, neben vereinzelt herangezogenen fremden Hilfskräften, namentlich auch

Digitized by Google

die von den Genossen nach den Ermittlungen wiederholt bei der Bedienung der Säge beschäftigten Familienmitglieder außer den Ehefrauen. Dazu ist insbesondere auch der Kläger zu rechnen, dessen Hilfeleistung sich trotz seiner Jugend zweifellos als eine ernste Tätigkeit darstellt. Ob der Stellmacher, der den Kläger zur Hilfeleistung beim Sägen des für den Schuhmacher Sp. bestimmten Holzes herangezogen hat, damals noch Mitglied der Sägewerksgenossenschaft war, ist für die Entscheidung unwesentlich. Da die Genossen die Säge für Sp. zur Verfügung gestellt hatten, und der Kläger im Interesse des Betriebs tätig geworden ist, so hat er während der unfallbringenden Verrichtung als Arbeiter im versicherten Betrieb zu gelten, und die Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft ist daher verpflichtet, ihn für die Folgen des Unfalls zu entschädigen.

Keine Pflicht der Berufsgenossenschaft zur Erstattung der Kosten für Wiederherstellung eines beim Betriebe beschädigten künstlichen Gebisses.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Juli 1913.

Dem Kläger ist, als er im Sägewerk arbeitete, ein Stück Holz ins Gesicht geflogen, wodurch das künstliche Gebiß, daß er trug, zerstört wurde. Eine blutige Wunde im Gesicht, die er außerdem davon trug, heilte alsbald folgenlos. Die Berufsgenossenschaft und das Schiedsgericht haben den Anspruch des Klägers auf Erstattung der Kosten für das zerstörte Gebiß mit Recht abgewiesen. Nach dem Gesetz haften die Berufsgenossenschaften nur für solche Unfälle, wodurch über die dreizehnte Woche nach dem Eintritt des Unfalls hinaus die körperliche oder geistige Gesundheit einer Person geschädigt wird (zu vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. I Anm. 26 zu § 1 und Anm. 1 zu § 8 GUVG.). Auf andere Beschädigungen, die ein Arbeiter bei dem Betriebe erleidet, erstreckt sich die Unfallversicherung nicht. Dies ergibt sich auch daraus, daß das Gesetz nur die Fälle der „Verletzung", das ist der Körperverletzung, einschließlich der Schädigung der geistigen Gesundheit und der Tötung, einen Schadenersatz zubilligt und demgemäß die Art der Entschädigung dahin regelt, daß freie ärztliche Behandlung, Arznei- und sonstige Heilmittel, gewisse die Folgen der Verletzung erleichternde Hilfsmittel und im gegebenen Falle einer Rente zu gewähren sind (§ 9 Abs. 1 und 2 GUVG., § 558 RVO.). Einen weiteren Schadenersatz insbesondere den Ersatz eines Sachschadens kennt das Gesetz nicht. Im vorliegenden Falle handelt es sich aber nicht um einen Schaden, der dem Körper des Klägers zugeführt worden ist, sondern ausschließlich um die Beschädigung einer nicht zum Körper gehörenden Sache, nämlich des künstlichen Gebisses, das auch nicht, wie der Kläger meint um deswillen als Teil des menschlichen Körpers anzusehen ist, weil es ohne die Zugehörigkeit zu einem solchen den Zweck seines Daseins überhaupt verlieren würde. Ein Anspruch auf Ersatz des zerbrochenen künstlichen Gebisses steht dem Kläger sonach nicht zu.

(Breithaupt.)

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die Befugnis zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung (§ 1244 RVO. setzt auch nach der Reichsversicherungsordnung nicht voraus, daß mindestens 100 Pflichtbeiträge geleistet sind.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 11. März 1913.

Mit Unrecht nimmt die Vorentscheidung an, daß Fräulein E. zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung (Weiterversicherung) nicht befugt sei. Hierzu ist nach § 1244 RVO. jeder berechtigt, der aus einem versicherungspflichtigen Verhältnis ausgeschieden ist. Das ist bei der Beschwerdeführerin der Fall. Denn sie war im Jahre 1908 als stellvertretende Vorsteherin eines Genesungsheims der Landesversicherungsanstalt O. tätig, und hierfür sind Beitragsmarken verwendet worden. Sie ist demnach berechtigt, sich freiwillig weiterzuversichern. Zu einer anderen Auffassung führt auch nicht die Vorschrift des § 1445 Abs. 3 RVO. Danach gelten mit dem Ablauf von zehn Jahren seit Aufrechnung einer Quittungskarte die in dieser verwendeten Marken regelmäßig als Pflicht- oder als Selbstversicherungsbeiträge (zu vgl. Revisionsentsch. 1600, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 680). Somit kann unter Umständen auch jemand eine Invalidenrente erlangen, der nicht mindestens 100 Beiträge auf Grund der gesetzlichen Versicherungspflicht nachgewiesen hat (§ 1278 Nr. 1). Das entspricht aber der Absicht des Gesetzes, das mit Rücksicht auf die Grundsätze von Treu und Glauben und die Sicherheit des Rechtsverkehrs die formale Versicherung unter gewissen Voraussetzungen der Markenverwendung auf Grund gesetzlicher Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung gleichgestellt hat (zu vgl. auch § 1445 Abs. 2 Satz 2). Aus § 1445 Abs. 3 a. a. O. kann

Digitized by Google

daher nicht mit dem Vorstand der Landesversicherungsanstalt O. gefolgert werden, daß die Weiterversicherung nur zulässig sei, wenn mindestens 100 Pflichtmarken nachgewiesen sind. Das würde auch nicht selten zu erheblichen Nachteilen für die Versicherten führen. Wenn beispielsweise vor der Leistung von 100 Pflichtbeiträgen eine längere Unterbrechung in der versicherungspflichtigen Beschäftigung einträte, so würde die Anwartschaft auf die Rente leicht erlöschen können, da nach Ansicht des Vorstandes eine freiwillige Versicherung nicht zulässig wäre. Diese soll aber gerade auch dazu dienen, das Erlöschen der Anwartschaft zu verhindern. Auch sonst muß denen, die noch nicht 100 Pflichtbeiträge geleistet haben, die Möglichkeit gelassen werden, sich freiwillig weiterzuversichern. Denn sie können stets wieder in eine versicherungspflichtige Beschäftigung eintreten, und es genügt dann zur Anrechnung der freiwilligen Beiträge, daß einschließlich der schon geleisteten Pflichtbeiträge 100 Pflichtwochen nachgewiesen werden (zu vgl. § 1279). Auch brauchen unter den zur Erfüllung der Wartezeit für die Altersrente erforderlichen Beiträgen nicht 100 Pflichtbeiträge enthalten zu sein (§ 1278 Nr. 2; Art. 65 Einf.Ges. z. RVO.).

Die Auffassung des Vorstandes ist auch nicht geboten, um eine zu große Belastung der Versicherungsanstalten durch § 1445 Abs. 3 a. a. O. zu verhindern. Diese Vorschrift schließt die Anfechtung der Beitragsleistung nur nach zehn Jahren seit der Aufrechnung der Quittungskarte aus. Vor Ablauf dieser Frist kann daher stets festgestellt werden, daß die Marken nicht als Pflicht oder als Selbstversicherungsbeiträge gelten. Hierin liegt eine Anfechtung der Beitragsleistung im Sinne des § 1445 Abs. 3 a. a. O. Es genügt daher, daß vor Ablauf der zehnjährigen Frist auf Grund eines Anerkenntnisses des Versicherten oder in einem Streitverfahren nach § 1459 a. a. O. oder in einem Rentenverfahren festgestellt wird, daß die Marken lediglich als Weiterversicherungsbeiträge verwendet werden. Liegt eine solche Feststellung vor, so wird für die von ihr betroffenen Marken § 1445 Abs. 3 a. a. O. im Rentenverfahren regelmäßig nicht anzuwenden sein. In diesem Sinne hat sich im wesentlichen auch das Großherzogliche Oberversicherungsamt in seiner Aeußerung vom 16. Januar 1913 ausgesprochen. Dem Vorstand der Versicherungsanstalt ist zwar gegenüber den Ausführungen in seinem Schreiben an das Oberversicherungsamt vom 9. Januar 1913 zugegeben, daß es mitunter schwierig sein kann, festzustellen, welche Beiträge als Pflichtmarken und welche freiwillig geleistet sind. Dabei wird es sich aber, wie auch der Vorstand selbst nicht verkennt, mehr um vereinzelte Fälle handeln. Jener Umstand genügt daher nicht, um eine so weitgehende Einschränkung des Rechtes zur Weiterversicherung, wie sie der Vorstand wünscht, zu rechtfertigen.

Im vorliegenden Falle steht auf Grund des Anerkenntnisses des Fräulein E. fest, daß die Marken mit Ausnahme der ersten sechs als Weiterversicherungsbeiträge verwendet sind. Das wird daher, soweit es sich um diese Marken handelt, der Anwendung des § 1445 Abs. 3 a. a. O. in einem späteren Rentenverfahren entgegenstehen.

Handelt es sich um die Frage der Rechtzeitigkeit der Berufung, so ist die Revision nicht ausgeschlossen, auch wenn in der Sache selbst die Höhe der Rente den Streitgegenstand bildet.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. Juni 1913.

Der Kläger hatte gegen den die Invalidenrente gewährenden Bescheid des Vorstandes der Beklagten vom 14. November 1912 Berufung beim Oberversicherungsamt eingelegt mit dem Antrag auf Erhöhung der Rente. Die Berufung wurde durch Vorentscheidung des Vorsitzenden gemäß § 1679 in Verbindung mit § 1657 RVO. als verspätet zurückgewiesen. Gegen diese Vorentscheidung hat der Kläger rechtzeitig die Revision eingelegt.

Die Revision ist zulässig. Nach § 1696 Nr. 1 RVO. ist unter anderem die Revision ausgeschlossen, wenn es sich um die Höhe der Rente handelt. Dies trifft hier aber nicht zu, obgleich der Kläger mit seiner Berufung gegen den die Rente gewährenden Bescheid der Landesversicherungsanstalt nur die Erhöhung der Invalidenrente bezweckt. Entscheidend für die Frage, um was es sich bei dem Rechtsmittel der Revision handelt, ist nicht der Gegenstand des geltend gemachten Anspruchs, sondern der Gegenstand des mit dem Rechtsmittel verfolgten Anspruchs, der Gegenstand der Revisionsbeschwerde (Begründung des Entwurfs zur Reichsversicherungsordnung S. 507, Revisionsentscheidung 1649, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 1183). Die Revision gegen eine Entscheidung des Oberversicherungsamts, durch welche die eine Erhöhung der Rente begehrende Berufung als verspätet zurückgewiesen wird, verlangt die Aufhebung dieser Entscheidung, damit in die sachliche Würdigung des geltend gemachten Anspruchs durch das Berufungsgericht überhaupt erst eingetreten werden kann. Gegenstand der Revisionsbeschwerde ist hiernach die Frage der Rechtzeitigkeit der Berufung. Dieser Streitgegenstand ist aber nach dem ihm zugrunde liegenden Tat- und Rechtsfragen von besonderer Eigenart und wesensverschieden von der Frage der Höhe der Rente.

Für die Annahme, daß die Revision, wenn es

Digitized by Google

sich um die Rechtzeitigkeit der Berufung handelt, bei Ansprüchen auf Erhöhung der Rente zulässig ist, spricht auch die Entstehungsgeschichte des § 1695 RVO. Die ursprüngliche Fassung des § 1652 Nr. 1 Entw. z. RVO. (§ 1695 RVO.), wonach bei Ansprüchen auf Leistungen der Krankenversicherung in Fällen, in denen die Berufung zurückgewiesen worden war, die Revision unzulässig sein sollte, wurde in der Literatur (zu vgl. Hahn, Arb.-Versorgg. 1910 S. 435) unter anderem auch mit dem Einwand bekämpft, daß bei dieser Fassung des Gesetzes die Revision selbst dann unzulässig sei, wenn das Oberversicherungsamt den Streitstoff sachlich überhaupt nicht geprüft, sondern die Berufung als verspätet zurückgewiesen habe. In der Reichstagskommission wurden sodann eben mit Rücksicht auf die Hahnschen Ausführungen sowie unter teilweiser Berücksichtigung seiner Vorschläge die Vorschriften über die Zulässigkeit der Revision in Krankenversicherungssachen abgeändert (zu vgl. der Kommissionsbericht, 6. Teil S. 176 ff., 183 ff.).

Auch ein Vergleich mit den Bestimmungen der Zivilprozeßordnung über die Zulässigkeit des Rechtsmittels der Revision legt die Annahme nahe, daß nach der Absicht des Gesetzgebers die Revision dann nicht ausgeschlossen sein sollte, wenn es sich um die Frage der Rechtzeitigkeit der Berufung handelt. Nach § 547 Nr. 1 ZPO. findet ohne Rücksicht auf den Wert des Beschwerdegegenstandes Revision statt, insoweit es sich um die Unzulässigkeit der Berufung handelt. Einer besonderen Vorschrift in dieser Richtung für die Revision bei Ansprüchen auf die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bedurfte es wohl nur um deswillen nicht, weil hier für die Zulässigkeit der Revision nicht wie in der Zivilprozeßordnung bei Rechtsstreitigkeiten über vermögensrechtliche Ansprüche allgemein der Wert des Streitgegenstandes als maßgebend erklärt wurde, sondern die Fälle, in denen die Revision ausgeschlossen sein sollte, im Gesetz einzeln aufgeführt wurden.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Wohnungs-Enquete.

Albert Kohn, der um die Aufhellung der Berliner Wohnungsverhältnisse so verdienstlich bemühte Geschäftsführer der Ortskrankenkasse der Kaufleute usw. in Berlin, hat wiederum im Auftrage seiner Kasse den (nunmehr zwölften) Bericht für 1912 erstattet („Unsere Wohnungs-Enquete 1912"; Selbstverlag der genannten Kasse 1913). Die Darstellung des interessanten Tatsachen- und Zahlenmaterials schließt mit folgender Ausführung: Trotzdem unsere Berichte von Jahr zu Jahr sich dadurch günstiger gestalten, daß wir da und dort Fortschritte feststellen konnten, ist das Gesamtbild auch jetzt noch ein ungünstiges. Wir finden immer und immer wieder Kranke eingeengt auf ungenügender Bodenfläche, wie in Räumen, deren Kubikinhalt für die Zahl der Bewohner erschreckend gering ist. Nur allzu häufig müssen wir uns überzeugen, wie richtig Rabinowitsch[1]) die Wohnverhältnisse schildert, wenn sie ausführt: „Die Ueberfüllung der Wohnungen befördert direkt die Schwindsucht, da sie zur Infektion vermehrte Gelegenheit bietet, sie wirkt aber auch indirekt, indem sie die Insassen solcher Wohnungen für Tuberkuloseerkrankung empfänglich macht. Von den moralischen Nachteilen abgesehen, wirkt das Zusammenleben vieler in einem Raume schädlich, indem natürlich die Luft verdorben und besonders in der Nacht, wo alle beisammen sind, wo sich die Atmungsluft mit den Ausdünstungen der Bewohner, ihrer Kleider, Arbeitsgeräte, ihrer Absonderungen usw. mischt, erreicht sie eine solche Beschaffenheit, daß es dem Ungewohnten geradezu wunderbar erscheint, daß Menschen darin so lange atmen können. Natürlich wird dadurch der physiologische Effekt der Atmung, ihr Einfluß auf die Blutbeschaffenheit arg beeinträchtigt und dadurch, abgesehen von den in die Atmungswege eingeführten, direkt schädlichen Stoffen, die Gesamternährung geschädigt und alle, besonders Kinder und jugendliche Individuen, zur Tuberkulose disponiert."

Wir lernen fortgesetzt Räume kennen, welche als Koch-, Wohn- und Schlafräume gleichzeitig und oft genug auch noch als Arbeitsräume benutzt werden. In dunklen, unfreundlichen Räumen, ja sogar in solchen ohne Fenster treffen wir immer wieder kranke Menschen. Menschen, denen die Wohltat des Sonnenlichtes noch viel nötiger wäre wie den Gesunden, und feuchte Räume dienen oft genug Patienten zum Aufenthalt, deren Leiden dadurch verstärkt, statt gehoben werden. Alljährlich besuchen wir kranke Mitglieder, die in Räumen ohne Heizgelegenheit logieren und solche, die unter der ungesunden und schnell versiegenden Hitze eines minderwertigen eisernen Ofens zu leiden haben.

Trotzdem das Gros unserer Kassenmitglieder nicht zu den schlechtest bezahlten Arbeiterkategorien zählt, treffen wir einen Teil derselben in Keller- und Dachwohnungen, deren Gefahren oft genug geschildert wurden. Einige unserer Abbildungen zeigen die Mangelhaftigkeit solcher Räume, ohne deren Düsterkeit zum Ausdruck bringen zu können.

Viele hunderte Male überzeugten wir uns, daß Kranke das Klosett auf der Treppe oder gar auf dem Hofe aufsuchen mußten und dadurch neuen Erkältungen, neuen Gefahren ausgesetzt wurden.

So stoßen wir immer noch auf Schäden, welche die menschliche Gesundheit bedrohen und die Wiederherstellung kranker Menschen erschweren, ja oft genug unmöglich machen. Diese Schäden sind in unseren Massenquartieren besonders bedenklich und die hier vorherrschende Mietskaserne ist einer der furchtbarsten, wenn nicht der furchtbarste Feind der Gesundheit unserer Bevölkerung. Je dichter die Menschen aufeinander wohnen, um so größer wird die Ansteckungsgefahr, um so höher steigt die Sterblichkeitsziffer. Kaup berichtet a. a. O.: „Die frühzeitig erkannte Tatsache, daß die Beziehungen zwischen

[1]) Tuberkulose und Wohnungsfrage von Lydia Rabinowitsch, abgedruckt in Tuberkulose-Ausstellung Wilmersdorf, Sammlung der auf der Ausstellung gehaltenen Vorträge. Verlag Wilmersdorfer Zeitung.

Digitized by Google

Tuberkulose und Wohnung außerordentlich innige sind, hat man in England stets und namentlich in den letzten Jahren durch sozialhygienische Untersuchungen zu vertiefen und zu erhärten gesucht. So wurde noch in den letzten Jahren die Häufigkeit von Todesfällen an bestimmten Krankheiten in den einfachsten Arbeiterquartieren Londons mit den Sterblichkeitsraten der Riesenstadt überhaupt in Beziehung gebracht. Man fand z. B. in den Arbeiterquartieren für die Männer eine Sterblichkeitsrate für die Altersgruppe vom 25. bis zum 35. Lebensjahre 9,6 pro Mille, für London überhaupt jedoch nur von 2,7; in der nächsten Altersgruppe von 12,5 und 4,3 dann 20,3 und 5 usw. Nach einer anderen Statistik wurde festgestellt, daß je nach der Wohndichte in den einzelnen Teilen Londons die Schwindsuchtssterblichkeit in den Jahren 1901—1903 zwischen 1 und 2,2 pro Mille schwankte. Dieser Unterschied ist nicht auffallend groß und vielleicht darauf zurückzuführen, daß selbst in den am dichtesten bewohnten Gebieten Londons nur höchstens ein Drittel der Wohnungen weniger als zwei Zimmer aufweisen, während für derartige Wohnungen z. B. in Berlin mehr als die Hälfte der Bevölkerung in Betracht kommt."

Wir haben schon früher darauf hingewiesen, wie bedeutend in den Gartenstädten Port Sunlight bei Liverpool und Bournville bei Birmingham die Durchschnittssterblichkeit geringer war gegenüber denjenigen der benachbarten Großstädte. Inzwischen wurden in Ulm die gleichen Erfahrungen gesammelt. Von Grotjahn erfahren wir: „So betrug die Sterblichkeit in den von der Stadt Ulm mustergültig angelegten Kleinwohnungen, die zudem überwiegend von kinderreichen Familien bewohnt werden, 1901 nur 13,06, 1902 12,25 und 1906 kamen in zehn Monaten nur fünf Gestorbene auf tausend Einwohner, während der Durchschnitt der letzten Jahre in Ulm 18,5 betrug." Und von Kaup hören wir, daß in den letzten Jahren in diesen Stadtgebieten Tuberkulosesterbefälle überhaupt nicht vorgekommen sind.

Wir handeln in Wahrung der uns anvertrauten Interessen, wenn wir die Uebelstände aufdecken, auf welche wir bei unseren Arbeiten stoßen. Wir sind der Meinung, daß unsere Wohnungszustände schon wesentlich gebessert sein würden, wenn sie in viel weiteren Kreisen erkannt und bekannt wären als dies bisher der Fall war . . .

Die Beobachtungen und Erfahrungen, welche wir seit Jahren machten, haben ihre Bestätigung gefunden in den Arbeiten all derjenigen, welche sich wirklich bemühten, die Berliner Wohnungsverhältnisse zu studieren. Wahre Schreckensbilder führte der Stadtmissionar Bockelmann vor. Von Stadtrat Steinborn wurden die traurigen Verhältnisse der Berliner Portierwohnungen geschildert und ebenso von Dr. Manfred Fränkel. Damaschke und die Aerzte Bernhardt, Tugendreich u. a. haben erschütternde Darstellungen hiesiger Wohnungszustände gebracht. Cornet entwarf uns düstere Bilder, und nicht heiterer waren diejenigen, welche der Verband der Land-, Wald- und Weinbergsarbeiter und -Arbeiterinnen Deutschlands über Melker-Wohnungen erscheinen ließ. Die Deutsche Zentrale für Jugendfürsorge schildert Elendsbilder, wie die Beamten des Wohnungsamtes der Stadt Charlottenburg, dessen erster Bericht bereits die Notwendigkeit der Wohnungsaufsicht erweist.

Schon die Tatsache, daß ein Wohnungsamt mit einer geregelten Wohnungsaufsicht besteht, wird auf viele Hauswirte und Mieter einen heilsamen Einfluß ausüben. Schon von diesem Standpunkte aus begrüßen wir es mit Freuden, daß am 1. Oktober d. J. endlich auch die Stadt Berlin ein Wohnungsamt eröffnet und eine systematische Wohnungsaufsicht ausüben wird. Wir zweifeln nicht, daß auch die Zahl der anzustellenden Wohnungspfleger recht bald wesentlich vermehrt werden wird, da der Wohnungswechsel gerade hier ein außerordentlich hoher ist und sich deshalb rasch die Notwendigkeit herausstellen wird, daß weit mehr Beamte nötig sind, um eine systematische Wohnungsaufsicht auszuüben. Bis das geschieht, wird auch unsere Arbeit weiter nötig sein; wir freuen uns aber, daß endlich eine Instanz geschaffen wird, der wir Mitteilung über besonders schlechte Wohnungsverhältnisse machen können und von der wir Beseitigung derselben erwarten dürfen. Ueber zehn Jahre suchten wir durch und mit unseren Ermittelungen die Notwendigkeit einer staatlichen oder kommunalen Wohnungsinspektion zu beweisen, hoffen wir, daß auch das Wohnungsamt der Stadt Berlin erfüllen wird, was Dr. Badtke[1]) treffend in die Worte kleidete: „Es wird vielfach behauptet, die Wohnungsaufsicht wäre ein Eingriff in die individuelle Freiheit. Gewiß, das muß man zugeben. Der Engländer sagt: ‚My house is my castle,, aber er sagt auch: ‚As the house, so the people.' Wenn jemand eine ungesunde Wohnung hat, so gefährdet er nicht nur seine Familie, sondern auch den Nachbar. Es ist nicht mehr seine eigene Angelegenheit. Und wenn Hunderttausende in schlechten Wohnungsverhältnissen sittlich verkommen, so ist das eine Angelegenheit des ganzen Volkes wie kaum eine andere. Weder gegen den Mieter noch gegen den Vermieter richtet sich die Wohnungsaufsicht; sie ist Kulturarbeit, Volkserziehung. Eine gute Wohnungsaufsicht hebt das ganze Wohnungsniveau, sie zieht eine Untergrenze, unter die der einzelne nicht sinken kann, sie unterdrückt die allerschlechtesten Wohnungsverhältnisse, schafft eine allmähliche Besserung der mangelhaften Wohnungen, verhütet eine Verschlechterung der Wohnungen dort, wo normale Wohnungsverhältnisse sind und verbreitet das Verständnis für gesundes Wohnen. Das hebt die Ansprüche an die Wohnungen und damit ist schon außerordentlich viel erreicht."

Zum Streit zwischen Krankenkassen und Aerzten

verbreitet der Verband der Aerzte Deutschlands folgende Erklärung:

„Die auf Anregung von dritter Seite eingeleiteten Einigungsverhandlungen zwischen dem Betriebskrankenkassenverband bzw. den großen Krankenkassenverbänden einerseits und dem Deutschen Aerztevereinsbund und Wirtschaftlichen Aerzteverband (Leipziger Verband) anderseits sind endgültig gescheitert. Die genannten Aerzteorganisationen hatten der Gegenpartei Vorschläge unterbreitet, die vom ärztlichen Standpunkt aus im Vergleich zu den bisherigen ärztlichen Forderungen ein weitgehendes Entgegenkommen darstellten; als ferner die Kassenorganisationen auch an diesen neuen Grundlagen einiges auszusetzen hatten, sagten die Aerzteorganisationen ein weiteres Entgegenkommen zu. Trotzdem haben die vereinigten Kassenverbände den ärztlichen Friedensvorschlag schließlich rundweg abgelehnt: sie wollen weder mit den Organisationen der Aerzte verhandeln, noch zeigen sie hinsichtlich der freien Arztwahl und der Bemessung des Honorars irgendwelches Entgegenkommen, sie zwingen dadurch der Aerztepartei den Kampf auf. Den Aerzten bleibt daher einstweilen nichts anderes übrig, als den Abschluß neuer Verträge für Beginn der Reichsversicherungsordnung zum 1. Januar 1914 allgemein abzulehnen. Die Aerzteorganisationen haben alsbald ihre satzungsgemäß vorgesehenen Organisationsinstanzen zusammenberufen, insbesondere wird mit tunlichster Be-

[1]) „Aufgaben und Erfolge der Wohnungsaufsicht". Von Dr. Badtke. Abgedruckt in „Soziale Hygiene und praktische Medizin". 1913.

Digitized by Google

schleunigung der Aerztevereinsband einen deutschen Aerztetag über die nunmehr notwendig gewordenen einheitlichen Maßnahmen beschließen lassen."

Dem gegenüber erklärt der Betriebskrankenkassenverband: Die Aerzte hätten von vornherein rundweg die Vorschläge der Krankenkassen abgelehnt, obwohl diese weitgehendstes Entgegenkommen enthielten und sich die Krankenkassen darin zugunsten eines allgemeinen Friedens mit den Aerzten außerordentlichen Beschränkungen in ihren wichtigsten gesetzlichen Rechten unterwerfen wollten. Ueber die Höhe des Honorars sei überhaupt nicht verhandelt worden. Die Krankenkassen hätten nur die vorgeschlagene Bemessungsgrundlage nach den einzelnen Leistungen nicht anerkennen können. Die Krankenkassenverbände hätten nur solche Forderungen abgelehnt, welche die Auslieferung von Krankenkassen und Kassenärzten an die Aerzteorganisationen bedeuten. In der Aufforderung der zentralen Aerzteorganisationen an die Aerztevereine usw., keine Verträge mit Krankenkassen abzuschließen, bis ein außerordentlicher Aerztetag die nunmehrige Stellung der Aerzteorganisationen bestimmt hat, müsse nach den Drohungen in den Zeitschriften der Aerzteorganisationen in letzter Zeit die allgemeine Kriegserklärung an die Krankenkassen erblickt werden.

Verleihung der Beamtenstellung an Kassenangestellte in Preußen.

Der preußische Handelsminister hatte bereits im Erlaß vom 8. März 1913 die Absicht der Regierung angekündigt, allen gemäß § 359 Abs. 1 RVO. Angestellten die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten nach § 359 Abs. 4 zu übertragen (Arb.-Versorgg. S. 373) und später in einem Erlaß vom 16. August 1913 darauf hingewiesen, daß die Angestellten hierdurch zwar Beamteneigenschaft erlangen, ohne jedoch damit zu Beamten im Dienste des Staats oder eines Gemeindeverbandes zu werden, so daß § 27 des Pensionsgesetzes in der Fassung vom 27. Mai 1907 bei der Anstellung von Personen mit Pensionsbezügen im Dienst von Krankenkassen keine Anwendung findet (Arb.-Versorgg. S. 677). Daß wir einen wirtschaftlichen Vorteil für die Angestellten in der Verleihung der Beamteneigenschaft nicht erblicken, eher aber eine Beeinträchtigung der Selbstverwaltung der Kassen und der Freiheit der Angestellten von dieser Maßnahme besorgen, haben wir bereits bemerkt (Arb.-Versorgg. S. 693). Die Regierung aber scheint es eilig zu haben. Denn nach Zeitungsmitteilungen soll eigens dieserhalb der Landtag noch vor Weihnachten bemüht werden, um für die neue Gruppe von Beamten auch das Disziplinarrecht besonders zu regeln.

(Gldg.) Die Unfälle im Hamburger Hafen in den Jahren 1910, 1911 und 1912.

Der Hafenbetriebsverein von Hamburg bringt in seinem letzten Jahresbericht eine interessante Unfallstatistik, die sich auf Unfälle im Hafen und an Bord von Fahrzeugen, nicht aber auf die von Hafenarbeitern an Land, in den Kaischuppen, Speichern usw. erlittenen Verletzungen erstreckt. Auf das Jahr 1910 entfielen insgesamt 2705 Unfälle und zwar Tags (von 6 Uhr morgens bis 6 Uhr abends) leichte 2230, schwere 172, zusammen 2402; Nachts (von 6 Uhr abends bis 6 Uhr morgens) leichte 262, schwere 41, zusammen 303. Im Jahre 1911 wurden 3144 Unfälle gezählt und zwar auf die Tageszeit leichte 2583, schwere 189, zusammen 2772, auf die Nachtzeit leichte 335, schwere 37, zusammen 372. Im Jahre 1912 ereigneten sich insgesamt 3199 Unfälle, wovon auf die Tagzeit entfielen: leichte 2568, schwere 189, zusammen 2757; auf die Nachtzeit: leichte 402, schwere 40, zusammen 442. Was die Zunahme der Gesamtzahl der Verletzungen in den drei betrachteten Jahren von 2705 auf 3144 und auf 3199 anbetrifft, so ist dieselbe von 1910 auf 1911 im Verhältnis zur Intensität des Betriebes, die sich um ca. 10 % gehoben hat, sehr groß, denn sie beträgt nicht weniger als 16 %. Dagegen ist von 1911 auf 1912 trotz der Steigerung der Betriebsintensität um ca. 11 % eine Vermehrung der Unfälle von nur 1,7 % eingetreten. Hiernach war also das Verhältnis 1912 günstiger wie im Jahre zuvor. Die erwähnte Statistik verdankt der Hafenbetriebsverein dem Entgegenkommen der Hafeninspektion, die die vorkommenden Unfälle registriert und zwar auch nach Stunden, in welchen sich dieselben ereignen. Hiernach ergibt sich, daß die meisten Unfälle vormittags von 10—11 Uhr, also nach der Frühstückspause, stattfinden. Teilt man nun die Unfälle zeitlich gemäß den durch die Pause bezeichneten Einschnitten in Gruppen, so ergibt sich, daß die Unfälle in den beiden letzten Jahren, über die entsprechendes Material vorliegt, vorkamen pro Stunde im Jahr

	1911	1912
vor der Frühstückspause	184	171
nach der Frühstückspause . . .	357	345
nach der Mittagspause	244	268

Die Ursache, daß die Zeit nach der Frühstückspause die unfallreichste ist, mag, so heißt es im Jahresbericht des Hafenbetriebsvereins, verschiedener Art sein; jedenfalls spricht mit, daß in dieser Zeit die Arbeit am intensivsten ist, es kann auch sein, daß der Alkoholgenuß, dem in der Frühstückspause leider eifrig gefrönt wird, die Zahl der Unfälle erhöht. Was die Nachtstunden anlangt, so lassen sich aus den über dieselben vorliegenden Unfalldaten keine Schlußfolgerungen ableiten, da zur Nachtzeit nur Teilbetrieb und zwar von sehr wechselnder Stärke stattfindet; jedenfalls aber ist die Zunahme der Nachtunfälle 1912 darauf zurückzuführen, daß 1912 weit mehr Nachtarbeit verrichtet wurde, als im vorausgegangenen Jahre.

(Kl.) Sozialversicherung und Armenstatistik.

Die neuerlichen Angriffe auf die sozialpolitische Gesetzgebung haben dem Statistischen Amte der Stadt Halle Veranlassung gegeben, Untersuchungen über die Einwirkung der sozialen Versicherungsgesetze auf die Armenpflege vorzunehmen. Es ist dabei von vornherein die geschlossene (Anstalts-) Armenpflege ausgeschlossen worden. Es konnte selbstverständlich ein Sinken des absoluten Armenaufwandes während der letzten 25 Jahre nicht in Frage kommen, denn der gewaltigen Bevölkerungsvermehrung in diesem Zeitraume mußte auch eine absolute Vermehrung des Armenaufwandes entsprechen. Es ergab sich sogar, daß relativ, d. h. auf den Kopf der mittleren Bevölkerung, der Gesamtbetrag jährlich gezahlter Unterstützungen und Pflegegelder nicht unbeträchlich gestiegen ist und zwar von 1,18 M. im Jahre 1887 auf 1,74 M. im Jahre 1911. Derartige Steigerungen sind in allen Großstädten festgestellt worden. Dagegen ist die sog. Armenziffer, d. h. das Verhältnis der Unterstützungsfälle zu der Bevölkerung, gefallen. Im Jahre 1887 entfielen auf 100 Einwohner 1,11 Unterstützte, im Jahre 1911 aber nur 1,00. Es wird auch hier der Einfluß der Versicherungsgesetzgebung nicht von der Hand zu weisen sein. Deutlicher tritt dieser Einfluß hervor bei einer Betrachtung der Unterstützungsfälle nach ihren Ursachen.

Von diesen Ursachen kommen für die Untersuchung nur Altersschwäche und Arbeitsunfähigkeit (Krankheit, Invalidität) in Frage. Die Untersuchungen ergaben folgendes:

Digitized by Google

Jahr	A. Laufende Unterstützungen		B. Außerordentliche Unterstützungen	
	Altersschwäche, Fälle auf 1000 Einwohner	Arbeitsunfähigkeit, Fälle auf 1000 Einwohner	Altersschwäche Fälle auf 1000 Einwohner	Arbeitsunfähigkeit Fälle auf 1000 Einwohner
1887	4,31	3,75	2,90	7,17
1889	3,78	3,67	1,60	3,69
1891	3,68	4,19	1,52	4,27
1893	4,31	4,09	0,31	4,00
1895	4,36	2,82	0,27	2,75
1897	3,33	3,95	0,49	3,04
1899	2,77	4,16	0,70	3,06
1901	3,10	4,39	0,69	5,04
1903	2,42	4,69	0,37	4,11
1905	2,52	4,34	0,41	2,97
1907	2,32	3,92	0,56	2,78
1909	2,42	4,95	0,45	4,27
1911	2,19	4,88	0,41	4,64

Die Zahlen zeigen ein fortdauerndes Sinken der Zahl der altersschwachen Personen. Das läßt nur den Schluß zu, daß ein erheblicher Teil derjenigen Personen, die in früherer Zeit, — vor dem Inkrafttreten der Sozialversicherungsgesetze — wegen Altersschwäche dauernd den Armensäckel der Stadt belastet hatten, nunmehr für den Rest ihrer Tage durch die Altersversicherung versorgt werden. Dafür spricht auch, daß die Unterstützungsziffer in den 25 Jahren nicht plötzlich, sondern allmählich gesunken ist, weil die Wirkungen des Versicherungsgesetzes sich erst nach und nach in dem Maße bemerkbar machen konnten, wie die versicherungspflichtigen Personen zur Altersrente herankamen. Bei den außerordentlichen Unterstützungen wegen Altersschwäche ist das Fallen der Unterstützungsziffer ebenfalls nicht zu verkennen. Allerdings zeigt die in Frage kommende Zahlenreihe erhebliche Schwankungen. Dies rührt daher, daß die Höhe und die Dauer der außerordentlichen Unterstützungen meist viel weniger umfangreich ist als die der laufenden Unterstützungen. Außerordentliche Unterstützungen werden deshalb von den Organen der Armenpflege leichter gewährt als laufende, so daß sich in den einzelnen Geschäftsjahren in der Zahl der Fälle starke Abweichungen zeigen können.

Geben uns so die Unterstützungen wegen Altersschwäche Anhaltspunkte, um eine mindernde Einwirkung der sozialpolitischen Gesetzgebung auf die Armenpflege zu erkennen, so scheint dem die zweite Art der hier in Frage kommenden Unterstützungen, diejenigen wegen Krankheit, Gebrechen und daraus entspringender Arbeitsunfähigkeit, zu widersprechen. Es wäre aber falsch, aus diesem Ergebnis die Schlußfolgerung zu ziehen, daß hier ein Mißerfolg der Sozialversicherung vorliege. Der Kreis der wegen Krankheit, Gebrechen und Arbeitsunfähigkeit in Armenunterstützung Gekommenen umfaßt zum großen Teil solche Personen, die der Sozialversicherung nicht unterstehen. Es sei nur an die Geisteskranken, Schwachsinnigen, Krüppel und andere erinnert, die infolge ihrer Unfähigkeit zur Arbeit nie versicherungspflichtig geworden sind. Aus allem geht hervor, daß die Armenpflege durch die Sozialgesetzgebung entschieden entlastet worden ist. Auch sonst kann nicht festgestellt werden, „daß die Sozialversicherung die guten Sitten der Arbeiterbevölkerung verderben, indem sie die Sucht nach unredlichen Gewinn fördern, ein arges Simulantentum züchte" usw. Die Statistik beweist das Gegenteil.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Die vom Arbeitgeber gezahlten Arbeitnehmerversicherungsbeiträge sind nicht Teile des Lohnes.

1. Nach Duisburg. Frage: Ein Arbeitgeber, der mit seinen Arbeitern vereinbart, daß Lohnabzüge für die Kranken- usw. versicherung nicht gemacht werden dürfen, vergeht sich unseres Erachtens gegen § 82b KVG., weil aus der Vereinbarung hervorgeht, daß die Beiträge, die nunmehr der Arbeitgeber allein tragen soll, einen Bestandteil des Lohnes des Arbeiters darstellen. Offenbar hat die Abmachung nur den Zweck, der Kasse die Beiträge vorzuenthalten, was tatsächlich auch geschieht. Sind Ihnen Entscheidungen bekannt, die unsere Ansicht bestätigen?

Antwort: Wir können Ihrer Ansicht nicht beipflichten. Richtig ist freilich, daß der Arbeiter im vorliegenden Fall vom Lohn einen höheren Betrag erhält, als wenn er sich davon die Versicherungsbeiträge müßte abziehen lassen, nämlich den vollen Lohn. Aber dieser wird an sich nicht gemindert, wenn der Abzug stattfindet. Vielmehr muß dann der Arbeiter von dem Lohn, der, für sich betrachtet, derselbe bleibt, einen Teil an die Versicherungsträger abführen. In gleichem Sinne hat für die Unfallversicherung bereits das Reichsversicherungsamt entschieden (Handb. der Unfallverf. Bd. I S. 243 Nr. 4). Wir verweisen auch auf den spaßigen Fall, der in der Arb.-Versorgg. 27 S. 377 mitgeteilt ist. Daß der Arbeitgeber die Anteile des Arbeiters selbst zahlt lediglich, um die Kasse zu schädigen, läßt sich nicht nachweisen, ist auch im allgemeinen nicht anzunehmen.

Kosten ärztlicher Nachtbesuche.

2. Nach Landsberg a. W. Antwort: Die Krankenkassen müssen ihren Mitgliedern die notwendige Krankenbehandlung gewähren, und zu dieser gehören nötigenfalls auch ärztliche Nachtbesuche. Die Kosten für diese dürfen daher nicht den Mitgliedern auferlegt werden. Konnte das Mitglied schon selbst erkennen, daß der Nachtbesuch nicht erforderlich, so muß es der Kasse die Kosten erstatten. Es kommt aber weniger darauf an, ob hernach der Arzt ihn für dringend notwendig erachtet, als vielmehr darauf, ob das Mitglied nach der Sachlage bei verständiger Ueberlegung ihn dafür halten konnte; ein verzeihlicher Irrtum darf ihm nicht zu seinen Un-

Digitized by Google

gunsten angerechnet werden. Es liegt auch gar nicht im Interesse der Kasse, die Mitglieder durch besondere Maßnahmen von der nächtlichen Inanspruchnahme eines Arztes abzuschrecken; denn die verspätete Hinzuziehung kann ihr in ernsten Fällen weit mehr Kosten verursachen, als ein Nachtbesuch, der vielleicht rechtzeitige Hilfe gebracht hätte. Darum ist es auch gar nicht zweckmäßig, die unbegründete nächtliche Inanspruchnahme des Arztes unter Strafe zu stellen. Wir halten auch eine solche Vorschrift für unzulässig; denn Zweck der Krankenordnung ist, zu verhindern, daß der Kranke durch sein Verhalten seine Genesung gefährde.

Bekanntmachung der ganzen Wahlordnung einer Krankenkasse ist nicht vorgeschrieben.

3. Nach Ostrowo. Antwort: Das Gesetz schreibt die Bekanntmachung der Wahlordnung oder deren Mitteilung in Abdrücken an die Mitglieder nicht vor. Wenn also nicht etwa Ihre Satzung oder Wahlordnung etwas besonderes vorschreibt, so genügt Ihr Wahlausschreiben, welches dem § 5 der Musterwahlordnung entspricht, vollständig.

Erlöschen bisheriger Versicherungsberechtigung mit Inkrafttreten des neuen Rechts?

4. Nach Kottbus. Antwort: Unsere Auskunft nach Cleve S. 407 Ziff. 5 ist allerdings mit der Auskunft nach Kottbus S. 310 Ziff. 3 nicht vereinbar und, bei erneuter Prüfung, nicht aufrecht zu halten. Die im § 176 RVO. aufgestellten Erfordernisse sind nur Voraussetzungen für den freiwilligen Beitritt zur Versicherung, nicht für deren Fortdauer. Die Versicherung erlischt nicht ohne weiteres mit dem Wegfall der Voraussetzungen des Beitrittsrechtes. Daß das Gesetz tatsächlich auf diesem Standpunkte steht, läßt sich auch aus §§ 178, 314 Abs. 2 entnehmen: Die Versicherungsberechtigung erlischt nicht ohne weiteres durch Ueberschreiten der Einkommensgrenze von 2500 M., welche eine Voraussetzung des Beitrittsrechts nach § 176 bildet. Entsprechendes muß daher, beim Mangel besonderer Vorschriften, auch gelten, wenn eine der anderen Voraussetzungen des § 176 wegfällt. In gleicher Weise ist auch die Rechtslage derjenigen freiwillig Versicherten zu beurteilen, die nach dem bisherigen Rechte beitrittsberechtigt waren, es aber vom 1. Januar 1914 ab nicht mehr sein würden. Ihre Mitgliedschaft erlischt nicht ohne weiteres am 1. Januar 1914, sondern erst, wenn einer der in §§ 178, 314 vorgesehenen Gründe eintritt.

Rechtslage der Angestellten der Gemeindekrankenversicherung bei der Neuordnung.

5. Nach Aschaffenburg. Antwort: Die Frage, ob reichsrechtlich andere Versicherungsträger zur Uebernahme der Beamten der Gemeindeversicherung verpflichtet sind, ist streitig. Wir verweisen auf die Ausführungen von Dr. Franz Rosin in Arb.-Versorgg. 1913 S. 530 und auf unsere Anmerkung daselbst S. 531. Daß die Frage bundesstaatlich geregelt worden sei oder eine solche Regelung in Aussicht stehe, ist uns nicht bekannt. Damit erledigen sich Ihre ersten drei Fragen. Zur vierten Frage bemerken wir, daß eine Krankenkasse selbstverständlich nicht gehindert ist, wenn sie einen bisher bei der Gemeindekrankenversicherung beschäftigten Beamten übernimmt, ihm ein höheres Gehalt zu bewilligen als er bisher bezogen hat; aber es kann nicht davon die Rede sein, daß dann der Staat oder die Gemeinde die Differenz zu tragen habe. Der Beamte hat, wenn überhaupt, einen Anspruch nur auf Uebernahme zu gleichwertigen Bedingungen (§ 305 mit § 290 RVO.). Findet die Kasse Anlaß, ihm mehr zu bieten, so muß sie selbstverständlich auch für den Mehrbetrag, wie überhaupt für das Gehalt des Beamten, aufkommen.

Die Kassensatzung kann bestimmen, daß der Vorsitzende am Kassensitz wohnen muß.

6. Nach Lausch a. Frage: Kann in das neue Statut die Bestimmung aufgenommen werden, daß der Vorsitzende der Allgemeinen Ortskrankenkasse seinen Wohnsitz in dem Orte haben muß, in dem die Kasse ihren Sitz hat? Eine solche Bestimmung mag unserer Meinung wohl etwas für sich haben; nach § 328 RVO. kann aber jedes Mitglied des Vorstandes zum Vorsitzenden gewählt werden, ohne daß etwas von dessen Wohnsitz gesagt wird.

Antwort: Wenn § 328 eine solche Beschränkung hinsichtlich der Wählbarkeit zum Vorsitzenden nicht enthält, so folgt daraus noch nicht, daß die Satzung sie nicht einführen darf. Denn aus § 328 läßt sich doch anderseits auch ein Verbot näherer satzungsmäßiger Regelung dieser Frage nicht entnehmen. Die Bestimmung ist daher für zulässig zu erachten. Zu vgl. Entscheidung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts in Arb.-Versorgg. 1907 S. 371, betreffend eine andere derartige Einschränkung.

Ausnahmen von dem Satze, daß Kassenbeiträge nur für die Dauer der Mitgliedschaft erhoben werden. — Luxemburgisches Recht.

7. Nach Diekirch. Antwort: Grundsätzlich sind nach dem deutschen Krankenversicherungsgesetze Beiträge nur für die Dauer der Kassenmitgliedschaft zu entrichten. Es ist eine Ausnahme, die diese Regel bestätigt, wenn im § 52 Abs. 1 Satz 4 bestimmt ist, daß die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung — also unter Umständen noch über das Ende der Mitgliedschaft hinaus — fortzuzahlen sind. Eine weitere Ausnahme kann die Satzung vorsehen: sie kann nach § 53 Abs. 3 bestimmen, daß die Beiträge immer für volle Wochen, also unter Umständen gleichfalls über die Mitgliedschaft hinaus, erhoben werden. Gerade daß diese eine Abweichung durch Satzungsvorschrift ausdrücklich zugelassen ist, beweist, daß im übrigen die Satzung weder den Arbeitgeber noch den Versicherten zu einer Beitragsleistung über die Dauer der Mitgliedschaft hinaus verpflichten kann. Wenn also das luxemburgische Gesetz zwar in den übrigen hier in Betracht kommenden Beziehungen dem deutschen Gesetze nachgebildet ist, aber eine dem § 52 Abs. 1 Satz 4 entsprechende Vorschrift nicht enthält, so sind wir der Meinung, daß in Luxemburg auch durch die Satzung nicht bestimmt werden kann, daß die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortgezahlt werden müssen.

Keine Vermögensteilung zwischen der ausgestalteten Orts- und der am 1. Januar 1914 ins Leben tretenden Landkrankenkasse.

8. Nach H. Antwort: Eine Auseinandersetzung zwischen beteiligten Krankenkassen findet nur statt bei der Vereinigung von Kassen (§ 285 RVO.) und außerdem nur in den im § 298 bezeichneten Fällen der Ausscheidung. Entsprechende Anwendung dieser Vorschrift auf andere, nicht im § 298 Ziff. 1—8 vorgesehene Fälle ist nicht zulässig (vgl. Begr. S. 184 zu §§ 279, 281, 282 des Entw.). Nach § 298 Abs. 1 Ziff. 2 findet nun freilich eine Auseinandersetzung auch dann statt, wenn in einem Bezirke, wo bisher keine allgemeine Orts- oder keine Landkrankenkasse bestand, eine Kasse dieser Art gebildet wird. Dabei ist aber an den Fall gedacht, daß in dem Bezirk eine der beiden Kassen bereits besteht (vgl. §§ 227—230) und daß später eine

Digitized by Google

Kasse der anderen Art errichtet wird. Gegenwärtig gibt es weder allgemeine Ortskrankenkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung noch Landkrankenkassen. Deshalb ist § 298 Abs. 1 Ziff. 2 nur anwendbar bei einer nach dem 1. Januar 1914 eintretenden Aenderung, nicht auch dann, wenn am 1. Januar 1914 gleichzeitig die im Wege der Ausgestaltung umgeschaffene allgemeine Ortskrankenkasse und die Landkrankenkasse ins Leben treten (Monatsblätter f. Arbeiterversichg. 1913 Nr. 3 S. 33). Dieser Fall ist nicht anders zu beurteilen, wie wenn durch Errichtung einer Betriebs- oder einer Innungskrankenkasse Mitglieder aus einer Ortskrankenkasse ausscheiden, und es ist anerkannt, daß in solchem Falle die neue Kasse keinen Anspruch auf einen Teil des Vermögens der Ortskrankenkasse hat (Begr. a. a. O.; vgl. auch Erlaß des Preuß. Handelsmin. vom 27. August 1907, Arb.-Versorgg. 1911 S. 64).

Zahl der Ersatzmänner für den Landkrankenkassenausschuß.

9. Nach Gießen. Antwort: Durch § 10 RVO. ist nur vorgeschrieben, daß auch für die Ausschußvertreter der Landkrankenkassen die erforderliche Zahl von Ersatzmännern zu bestellen sei, d. h. so viel, wie aller Wahrscheinlichkeit nach nötig sind, um die im Ausschuß durch Fortfall von Vertretern entstehenden Lücken sofort ausfüllen zu können. Eine zweckmäßige Zahl festzusetzen, ist Sache der Satzung (§ 321 Ziff. 5 RVO.). Die Mustersatzung für Landkrankenkassen sieht mindestens die gleiche Anzahl von Ersatzmännern, wie Vertretern vor; wenigstens nehmen wir an, daß Abs. 4 in § 81 auch für den Ausschuß gelten soll.

a) Pflicht der Krankenkasse zur Verfolgung ihrer Ansprüche. b) Ersatzpflicht des mit der Anmeldung säumigen Arbeitgebers in der Uebergangszeit. c) Krankenunterstützung für Kinder des Haushaltungsvorstandes.

10. Nach Hamburg. Antwort: a) Die Krankenkasse ist nicht unter allen Umständen verpflichtet, ihre Forderungen zu verfolgen, sondern hat die Entscheidung nach pflichtgemäßem Ermessen zu treffen. Daher kann sie von der Einleitung des Rechtsstreits absehen, wenn die Annahme gerechtfertigt erscheint, daß sie die ihr entstehenden Kosten auch im Falle des Obsiegens vom Gegner nicht werde beitreiben können, weil dieser zahlungsunfähig ist.

b) Die Ersatzpflicht von Arbeitgebern, die schuldhaft die Anmeldung verabsäumt haben, richtet sich in allen Unterstützungsfällen, die vor dem 1. Januar 1914 eingetreten sind, nach § 50 KVG. auch für die Zeit nach 1913. Denn der Anspruch der Kasse auf Ersatz ihrer Aufwendungen wird durch den Unterstützungsfall begründet, ist also nach dem Recht zu beurteilen, das galt, als dieser eintrat. Daraus folgt einmal, daß §§ 350, 351 RVO. die Ersatzpflicht nicht aufheben, ferner aber auch, daß der Arbeitgeber die Kassenleistungen nur in dem Umfange zu erstatten braucht, in welchem sie durch das Krankenversicherungsgesetz begründet waren. Erweitern sie sich etwa gemäß Art. 30 Einf.Ges. z. RVO., so hat der ersatzpflichtige Arbeitgeber die durch die Reichsversicherungsordnung bedingten Mehraufwendungen der Kasse nicht zu erstatten.

c) Wenn eine Kassensatzung den Kindern und Stiefkindern des Haushaltungsvorstandes Krankenhilfe gewährt, so sind von dieser die Kinder der versicherten Ehefrau ausgenommen, mag sie auch tatsächlich die Familie ernähren; denn der Ehemann hat die Entscheidung in allen das gemeinschaftliche eheliche Leben betreffenden Angelegenheiten (§ 1351 BGB.); er hat daher als Haushaltungsvorstand zu gelten. Die Wahl dieser Bezeichnung erscheint uns nicht glücklich. Nach der Fassung der neuen Satzung müßte bei strenger Auslegung z. B. die Kasse Unterstützung gewähren, wenn der Bruder eines Mitgliedes, das im Haushalt seiner Eltern lebt, erkrankt; denn er gehört zu den Kindern des Haushaltungsvorstandes. Eine solche Folge ist doch sicherlich nicht beabsichtigt. Vielleicht ist gemeint, daß die Kinder des versicherten Haushaltungsvorstandes Anspruch auf Familienhilfe haben sollten. Dann aber würden davon die Kinder einer zum zweiten Male verheirateten versicherten Frau aus erster Ehe ausgeschlossen sein, so daß tatsächlich eine ungleichmäßige Behandlung der männlichen und der weiblichen Mitglieder stattfinden würde, die wir für unzulässig halten.

Krankenversicherungspflicht der Hausreinigungsfrauen und der Aufwärterinnen.

11. Nach Spandau. Antwort: Frauen, die in einem Mietshause Flur und Treppen gegen Vergütung reinigen, unterliegen nach der Reichsversicherungsordnung der Krankenversicherungspflicht. Sie sind als Gehilfen im Sinne des § 165 Ziff. 1 RVO. zu betrachten. Denn darunter fallen alle Arbeitsgehilfen im weiteren Sinne (vgl. Anleitung des Reichsversicherungsamts Nr. 38). Das Gesagte gilt ebenso für Aufwartefrauen, die auf einige Stunden im Haushalt beschäftigt werden, auch wenn sie nicht nebenbei im Gewerbebetrieb tätig sind. Da sowohl jene Hausreinigungsfrauen, wie die Aufwärterinnen nicht in dem Hausstand der Herrschaft leben, so sind sie keine Dienstboten und gehören daher regelmäßig der Ortskrankenkasse an, sofern sie nicht etwa den unständig Beschäftigten zuzurechnen sind, was nur ausnahmsweise der Fall sein dürfte. Nach dem Krankenversicherungsgesetz unterliegen sie nicht der Krankenversicherungspflicht.

Wählbarkeit der Betriebsleiter usw. der Arbeitgeber.

12. Nach Stettin. Antwort: Da die bevollmächtigten Betriebsleiter, Geschäftsführer und Betriebsbeamten der beteiligten Arbeitgeber bei den Wahlen zu den Organen der Krankenkassen nach § 13 Abs. 2 RVO. hinsichtlich der Wählbarkeit nicht etwa nur als Vertreter ihres Arbeitgebers in Betracht kommen, sondern ausdrücklich den Arbeitgebern gleichgestellt sind, so steht nichts entgegen, daß ein solcher Angestellter neben seinem Arbeitgeber oder daß mehrere solche Angestellte desselben Arbeitgebers in den Ausschuß oder auch in den Vorstand der Krankenkasse gewählt wird.

a) Keine klassenweise Festsetzung des wirklichen Arbeitsverdienstes als Grundlohn. b) Die Satzung kann die Gewährung „größerer" Heilmittel ohne Zustimmung des Oberversicherungsamtes begrenzen.

13. Nach C. Antwort: a) Den wirklichen Arbeitsverdienst als Grundlohn ist immer der Verdienst des „einzelnen" Versicherten (§ 180 Abs. 4), der sogenannte Individuallohn. Es ist daher ein begrifflicher Widerspruch vom wirklichen Arbeitsverdienst zu reden, diesen aber klassenweise oder stufenweise festzusetzen. Geschieht dies in einer Satzung, so liegt in Wahrheit eine Festsetzung nach § 180 Abs. 1 oder 2 vor, die nach Abs. 3 der Zustimmung des Oberversicherungsamts bedarf, während diese Zustimmung beim wirklichen Arbeitsverdienst nicht in Frage kommt, weil er eben eine festbestimmte Größe ist, was freilich nicht ausschließt, daß die Satzung Vorschriften über die Berechnung (Ermittelung) dieser an sich bestimmten Größe aufnehmen kann (zu vgl. Gründe der Entsch. des Preuß. OVG. vom 16. Dezember 1901 in Arb.-Versorgg. 1902 S. 268).

Digitized by Google

Danach war § 12 A des bisherigen Musterstatuts für Ortskrankenkassen fehlerhaft, richtig dagegen § 5 C des bisherigen Musterstatus für Betriebskrankenkassen und ebenso die neuen Mustersatzungen.

b) Wir teilen die Auffassung von Hahn Anm. 2 zu § 193 RVO., wonach die Kasse, wenn sie nach § 193 Abs. 2 größere Heilmittel gewährt, gleichfalls einen Höchstbetrag festsetzen kann, ohne jedoch hierzu, wie nach Abs. 1, der Zustimmung des Oberversicherungsamts zu bedürfen. Im Falle des Abs. 1 ist die Zustimmung erforderlich, um eine Gewähr dafür zu bieten, daß die dort in Frage stehende Mindestleistung (Regelleistung) nicht in unzulässiger oder unbilliger Weise beschränkt werde. Geht aber die Kasse nach Abs. 2 über die Regelleistung hinaus, so kann ihr allein überlassen werden, wie weit sie darüber hinausgehen will.

Aufbewahrung der Kassenbücher.

14. Nach A. Antwort: Nach einem preußischen Ministerialerlaß vom 28. Dezember 1898 sind die Regierungspräsidenten befugt, anzuordnen, daß die Kassenbücher, Mitgliederverzeichnisse, Krankenbücher, Rechnungsbelege usw. zehn Jahre lang aufbewahrt werden müssen. Erkundigen Sie sich bei der Regierung in Posen, ob für deren Bezirk eine solche Anordnung ergangen ist.

Erstattungsanspruch des Armenverbandes bei Unterstützung eines Angehörigen eines Kassenmitgliedes.

15. Nach H. Frage: Unsere Kasse wird demnächst die Familienversicherung einführen. Als Krankenunterstützung wird gewährt freie ärztliche Behandlung, die Hälfte der Arzneikosten und ein Sterbegeld. Kur- und Pflegekosten in Krankenhäusern werden nicht gezahlt. Sind wir nun, wenn der Ortsarmenverband für solche Versicherte Krankenhauspflege eintreten läßt, verpflichtet dafür Ersatz zu leisten, und in welcher Höhe müßte dies geschehen?

Antwort: Gemäß § 1533 Ziff. 3 Satz 1 RVO. würden dem Armenverband die Kosten der ärztlichen Behandlung ganz, die der Heilmittel zur Hälfte zu erstatten sein. Ferner kann er nach § 1533 Ziff. 1 für die Begräbniskosten Ersatz aus dem Sterbegeld verlangen. Der Unterhalt im Krankenhaus ist ihm nicht zu erstatten, da auch der Versicherte für seinen Angehörigen an die Kasse keinen Anspruch darauf hat, denn Ersatz kann der Armenverband nach § 1531 stets nur bis zur Höhe des dem Unterstützten gegen die Kasse zustehenden Anspruchsforden.

Unständig Beschäftigte als Mitglieder einer Ersatzkasse.

16. Nach Schwerin. Antwort: Auch diejenigen unständig Beschäftigten, die Mitglieder einer Ersatzkasse sind, müssen in das von der zuständigen Kasse nach § 442 RVO. zu führende Mitgliederverzeichnis eingetragen werden. Denn die Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse bewirkt zwar auf Antrag das Ruhen der Rechte und Pflichten als Mitglieder der Zwangskasse (§ 517 RVO.), läßt aber die Mitgliedschaft bei dieser bestehen. Das Ruhen der Rechte und Pflichten muß besonders beantragt werden. Auch wenn sie ruhen, muß der Gemeindeverband nach § 517 die Beitragsteile für die Arbeitgeber an die Zwangskasse zahlen.

Beschäftigungsverhältnis bei leihweiser Ueberlassung von Arbeitern.

17. Nach M. Antwort: Das Reichsversicherungsrecht ist öffentlich-rechtlicher Natur. Die Beteiligten können deshalb rechtsgültige Vereinbarungen nicht treffen, welche darauf abzielen, die Rechtslage, die sich aus den tatsächlichen Umständen ergibt, zu ändern; insbesondere sind daher Vereinbarungen über die Kassenzugehörigkeit ungültig. Wohl aber können die Vereinbarungen der Beteiligten wichtig sein für die Beurteilung des Beschäftigungsverhältnisses. Im vorliegenden Falle hat der Maurermeister T. dem Bauunternehmer Sch. einige seiner Gesellen für die Ausführung einer von Sch. übernommenen größeren Arbeit überlassen und sich zwar bereit erklärt, weiter für die Kranken- und Invalidenversicherung der Gesellen zu sorgen, jedoch nicht die Lasten der Unfallversicherung zu übernehmen; die Beiträge zur Kranken und Invalidenversicherung sollten dem T. erstattet werden. Dies läßt deutlich erkennen, daß für die Dauer jener Arbeiten von etwa vier Wochen die Verfügungsmacht über die Gesellen von T. auf Sch. übergehen und T. nur vertretungsweise für Sch. die Kranken- und Invalidenversicherung besorgen sollte. Da Sch. hiermit einverstanden war und auch wöchentlich den Lohn zahlte, halten wir nicht für zweifelhaft, daß während der Dauer jener Arbeit ein Beschäftigungsverhältnis nur zwischen Sch. und den Gesellen bestand. Sch., für dessen Rechnung die Arbeit ausgeführt wurde, der den Lohn bar zahlte, und dem die Arbeit zum Vorteil oder Nachteil gereichte, war tatsächlich und rechtlich der Arbeitgeber der Gesellen und zu ihrer Anmeldung bei der Kasse des Beschäftigungsorts (§§ 5, 5a KVG.) verpflichtet. Die entgegenstehende Abrede war rechtlich unwirksam. Vgl. die Entsch. des bad. VGH. in Arb.-Versorgg. 1907 S. 591. Wenn in dieser Entscheidung gleichwohl die Haftung des zweiten Arbeitgebers aus § 50 KVG. verneint worden ist, weil er im guten Glauben gewesen sei, so halten wir das im vorliegenden Falle nicht für durchgreifend, weil die Rechtslage nach den Umständen vollständig klar war und höchstens ein Rechtsirrtum des Sch. anzunehmen ist; ein solcher Irrtum schließe aber die Annahme einer Fahrlässigkeit im Sinne des § 5 KVG. keineswegs aus.

Neuwahlen bei einer ausgestalteten Krankenkasse.

19 Nach J. Antwort: Aus Art. 4 Abs. 2 Einf.Ges. z. RVO. mit Bekanntmachung vom 8. November 1911 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 840) ergibt sich, daß die nach den bisherigen Vorschriften gewählte Generalversammlung äußerstenfalls bis zum 30. Juni 1914 bestehen kann, daß also spätestens bis dahin ein Ausschuß nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und der Satzung der ausgestalteten Ortskrankenkasse gewählt sein muß. Der Minister für Handel usw. hat aber durch Erlaß vom 22. Juli 1913 (HMBl. S. 529) dringend empfohlen, auf einen so zeitigen Beginn der Wahl hinzuwirken, daß die neuen Kassenorgane möglichst schon am 1. Januar 1914 ihr Amt antreten können. Keinesfalls ist es statthaft, die bisherigen Vertreter für die in der alten Satzung vorgesehene Wahlzeit im Amt zu lassen und nur soviel Neuwahlen zu veranlassen, daß die Zahl der Ausschußmitglieder nach der neuen Satzung erreicht wird. Alle Ausschußmitglieder müssen nach dem neuen Recht und nach der auf diesem beruhenden neuen Satzung gewählt werden.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe, Amtsgerichtsrat J. Hahn, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. Laß, Rat Dr. Olshausen, Geh. Hofrat Prof. Dr. Rosin, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. 11. November 1913.

Redaktion:	Nr. 32	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Bis zu welchem Zeitpunkt müssen die Satzungen der Krankenkassen genehmigt sein?

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat **Dr. Hoffmann** in Berlin.

Durch die verspätete Herausgabe der Mustersatzungen hat sich die Beschlußfassung der Generalversammlungen der bestehenden, als besondere Ortskrankenkasse zugelassenen oder zu allgemeinen Ortskrankenkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung ausgestalteten Ortskrankenkassen über die neuen, den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung angepaßten Satzungen außerordentlich verzögert. Auch die Betriebsunternehmer und Innungen, die nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 11. Januar 1913 (RGBl. S. 16) die neuen Satzungen abzufassen haben, konnten den 30. Juni d. J., bis zu dem nach der Verordnung vom 5. Juli 1912 (RGBl. S. 439) die Satzungen bei Vermeidung der Schließung der Kasse dem Versicherungsamte eingereicht sein mußten, nur bei größter Beschleunigung innehalten. Soweit allgemeine Ortskrankenkassen oder Landkrankenkassen errichtet werden, ist für die Vorlage der neuen Satzungen ein Termin im Gesetze nicht vorgesehen. Hier trat eine noch größere Verzögerung ein, namentlich soweit die Kreistage als Vertreter des Gemeindeverbandes über die Satzung beschließen mußten. Jedenfalls entstand bei den Oberversicherungsämter durch das plötzliche Zusammentreffen zahlreicher Satzungsentwürfe eine ungeheure Arbeitslast, die im Hinblick auf die Kürze der zur Verfügung stehenden Zeit nur mit außergewöhnlicher Anstrengung bewältigt werden konnte. Im allgemeinen hat sich wenigstens in Preußen durch das verständnisvolle Zusammenarbeiten der Behörden und Kassen die Prüfung und Genehmigung der Satzungsentwürfe glatt vollzogen. Immerhin sind doch mehrfach Fälle vorgekommen, wo die Satzung nicht genehmigt werden konnte und wo die Kassen gegen die Versagung der Genehmigung beim Reichsversicherungsamte Beschwerde erhoben haben. Hier erfordert die Nachprüfung der Beschwerden naturgemäß einige Zeit, so daß für den Fall, daß die Beschwerde zurückgewiesen wird, bis zum Inkrafttreten des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung für die Beseitigung der festgestellten Mängel den Krankenkassen nur wenig Zeit bleiben wird. Es ist demnach durchaus nicht ausgeschlossen, daß einzelne Krankenkassen am 1. Januar 1914 noch nicht im Besitze einer genehmigten Satzung sind, so daß die Frage entsteht, ob diese Krankenkassen geschlossen werden müssen. Das Gesetz bleibt auf diese Frage die Antwort schuldig.

Nach dem Krankenversicherungsgesetz konnte die Frage nach der rechtzeitigen Genehmigung der Satzungen eine praktische Bedeutung nicht erlangen, weil die Notwendigkeit, daß die Satzungen der Krankenkassen beim Inkrafttreten des Gesetzes oder seiner Novellen ge-

Digitized by Google

nehmigt waren, niemals bestanden hat. Das hatte seinen Grund darin, daß alle versicherungspflichtigen Personen, für die eine Krankenkasse nicht errichtet war, der Gemeindekrankenversicherung angehörten, die überall kraft Gesetzes ohne jede behördliche Maßnahme bestand; vgl. Oberverwaltungsgericht vom 8. Mai 1894 (Preuß. Verwaltungsbl. Bd. 15 S. 453). Die Gemeindekrankenversicherungen waren also in der Lage, Versicherungspflichtige, die einer nicht zu Recht bestehenden Krankenkasse — dazu sind auch Kassen ohne ordnungsmäßig genehmigte Satzung zu rechnen — angehören, heranzuziehen. Schon aus dieser Erwägung heraus beeilten sich die Kassen, um bei Inkrafttreten des neuen Rechts eine genehmigte Satzung zu besitzen. An die Stelle der Gemeindekrankenversicherung sind nach der Reichsversicherungsordnung die allgemeinen Ortskrankenkassen und die Landkrankenkassen getreten, denen alle versicherungspflichtigen Personen angehören müssen, die weder einer besonderen Ortskrankenkasse, einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenkasse als Mitglieder angehören. Die Folge davon ist, daß mindestens eine dieser Kassenarten oder, wo die Errichtung beider Kassen nebeneinander in Aussicht genommen ist, daß beide Kassen am 1. Januar 1914 bestehen. Sie können aber erst bestehen, wenn die Satzung endgültig genehmigt ist; denn nach § 324 Abs. 1 RVO. bestimmt das Oberversicherungsamt bei Genehmigung der Satzung zugleich: „wenn die Kasse ins Leben tritt". Soweit die Errichtung solcher Krankenkassen nach § 323 Abs. 2 RVO. vom Oberversicherungsamt angeordnet worden ist, kann nach § 320 Abs. 2 die Satzung vom Versicherungsamte errichtet werden. In diesen übrigens vereinzelten Fällen, würde das rechtzeitige Inslebentreten der Kassen gewährleistet sein. In allen anderen Fällen ist das rechtzeitige Zustandekommen der Satzung in das Belieben der Vertretung des Gemeindeverbandes gestellt. Bestehen nun zwischen dem Oberversicherungsamt und der Vertretung des Gemeindeverbandes Meinungsverschiedenheiten über die Fassung einzelner Bestimmungen der Satzungen, so kann es in der Tat dazu kommen, daß die Kasse nicht rechtzeitig errichtet wird, obwohl sie am 1. Januar 1914 unbedingt in Tätigkeit treten muß. Unter diesen Umständen bleibt nichts anderes übrig, als daß das Oberversicherungsamt zunächst die Genehmigung erteilt und sich vorbehält, nach dem 1. Januar 1914 auf Grund des § 326 Abs. 1 RVO. nachträglich eine Aenderung der Satzung in den beanstandeten Punkten herbeizuführen. Zwar setzt die Anwendung des § 326 Abs. 1 RVO. voraus, daß sich „nachträglich" die unzulässige Genehmigung herausstellt; allein so eng darf die Vorschrift im Interesse des Zustandekommens der Organisation nicht ausgelegt werden.

Nach Art. 19 Einf.Ges. z. RVO. mußten die bestehenden Krankenkassen, die zugelassen werden wollten, zugleich mit dem Antrag auf Zulassung oder falls dies nicht geschehen konnte, später bei einer vom Versicherungsamte festgesetzten Frist den Entwurf einer Kassensatzung einreichen, der den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung entsprach. Wurde die Satzung nicht binnen sechs Monaten nach dem Tage, bis zu dem der Antrag auf Zulassung zu stellen war, mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Einklang gebracht, so mußte die Kasse nach Art. 21 a. a. O. geschlossen werden. Da nach der Verordnung vom 5. Juli 1912 (RGBl. S. 439) die Anträge auf Zulassung bis zum 1. Januar 1913 gestellt sein mußten, so hätte die Uebereinstimmung der Satzungen mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung bis zum 30. Juni bewirkt sein müssen. Alle bestehenden Krankenkassen, die also bis zu diesem Zeitpunkt eine in allen Punkten genehmigungsfähige Satzung nicht vorgelegt hätten, hätten demnach geschlossen werden müssen. Bei dem späten Erscheinen der Mustersatzungen würde diese strenge Anwendung der Vorschrift für die Krankenkassen geradezu verhängnisvoll geworden sein. Um diese Unzuträglichkeiten abzuwenden, wurde auf Anregung des Reichskanzlers der Art. 21 dahin ausgelegt, daß es schon genüge, wenn die Krankenkasse, die ihre Zulassung beantragt habe, ihre neue, mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Uebereinstimmung gebrachte Satzung bis zum 30. Juni 1913 eingereicht habe, und daß Aenderungen der Satzung, die sich nach diesem Tage als nötig herausstellten, nachgeholt werden könnten, ohne daß eine Schließung der Kasse zu befürchten sei; vgl. Erl. vom 13. März 1913 (HMBl. S. 135). Es läßt sich allerdings nicht verkennen,

Digitized by Google

daß sowohl der Wortlaut als auch die Absicht der gesetzlichen Vorschrift mit dieser Auslegung nicht recht vereinbar ist, zumal die Vorschrift zu den Maßnahmen gehört, die den Fortfall der besonderen Ortskrankenkassen im Interesse der Zusammenlegung der Krankenkassen begünstigen sollten. Nachdem aber im Hinblick auf die Zwangslage, in die die Kassen bei anderer Auslegung der Vorschrift geraten sein würden, die Anwendung des Art. 21 Einf.Ges. z. RVO. in entsprechender Form vorgeschrieben ist, ist es ausgeschlossen, die Schließung einer bestehenden Krankenkasse auszusprechen, weil sie ihre Satzung nicht bis zum 30. Juni 1913 mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Einklang gebracht habe. Die Folge davon ist, daß es nunmehr an einer Vorschrift fehlt, die das Oberversicherungsamt ermächtigt, bestehende Krankenkassen, die ihre Satzung nach Maßgabe der von dem Oberversicherungsamte gezogenen Beanstandungen nicht ändern wollen, zu schließen; denn die sonstigen Voraussetzungen der Reichsversicherungsordnung, unter denen besondere Ortskrankenkassen, Betriebs- oder Innungskrankenkassen geschlossen werden können, (§§ 269, 273, 274, 279 RVO.), treffen nicht zu. Es ist deshalb nach Lage der Gesetzgebung nicht möglich, eine bestehende Krankenkasse deshalb zu schließen, weil sie am 1. Januar 1914 noch nicht über eine vom Oberversicherungsamt rechtskräftig genehmigte Satzung verfügt. Allerdings bedarf es ernster Erwägung, ob nicht durch eine auf Grund des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. vom Bundesrat zu erlassende Uebergangsbestimmung vorzuschreiben wäre, daß alle zugelassenen Krankenkassen, deren Satzung am 1. Januar 1914 noch nicht genehmigt ist, zu schließen sind. Es wäre sonst nicht ausgeschlossen, daß die zugelassenen Krankenkassen überhaupt nicht ihre Satzungen genehmigen ließen, da eine Verpflichtung hierzu nirgends festgesetzt ist. Das gleiche Ergebnis würde auch bei den ausgestalteten Ortskrankenkassen vorliegen, da diese gleichfalls zu den zugelassenen Kassen gehören, die ihre Satzung mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung bis zum 30. Juni 1913 in Einklang bringen mußten. Da sie aber als allgemeine Ortskrankenkassen unter allen Umständen bestehen müssen, so kann von ihrer Schließung nicht mehr die Rede sein. Die Uebergangsbestimmung müßte, da ein öffentliches Interesse an der korrekten Fassung der Satzung dieser Kassen besteht, für die ausgestalteten Ortskrankenkassen die Möglichkeit einer Schließung ausschließen und statt dessen das Versicherungsamt ermächtigen, die Satzung zwangsweise zu erlassen. Würde eine solche Uebergangsbestimmung für die ausgestalteten Ortskrankenkassen erlassen, so wäre es zweckmäßig, über die Fälle des § 320 Abs. 2 RVO. hinaus die Versicherungsämter die Befugnis zu verleihen, spätestens bis zum 1. Juni 1914 die Satzungen der Landkrankenkassen und der allgemeinen Ortskrankenkassen in verbindlicher Form festzusetzen, so daß es nicht notwendig sein würde, mit Bewußtsein gesetzwidrige Bestimmungen der Satzungen zu genehmigen und nachher den § 326 Abs. 1 RVO. anzuwenden.

Schutz der Krankenkassen gegen doppelte Auszahlungen. — Der Krankenschein als Legitimationspapier.

Von Gerichtsassessor **Dr. F. Krug** in Mainz.

Auch die Reichsversicherungsordnung hat manche Zweifelsfälle zu regeln unterlassen, die unter den bisherigen Versicherungsgesetzen hervorgetreten waren und in der Rechtsprechung keine endgültige Entscheidung gefunden hatten. Hierzu gehört die Frage, auf Grund welcher formellen Voraussetzungen die Krankenkassen die fälligen Barunterstützungen, insbesondere das Krankengeld, mit befreiender Wirkung zahlen können. Wohl bei allen Kassen wird die Uebung bestehen, daß die Auszahlung gegen Vorlegung und an den Ueberbringer des Krankenscheines erfolgt. Es fragt sich infolgedessen, ob für die Kasse der Krankenschein zum Beweis der Empfangsberechtigung genügt, oder ob sie z. B. im Falle der Verwendung des Scheines durch eine nichtbevollmächtigte Person das Krankengeld nochmals

Digitized by Google

dem Berechtigten auszahlen muß. Die Entscheidung hierüber ist für die Krankenkassen von um so größerer Bedeutung, als bei Ausdehnung ihres Mitgliederkreises und der Zusammendrängung der Auszahlungen auf einen bestimmten Tag der Woche regelmäßig die Befugnis zur Erhebung nicht nachgeprüft werden kann.

Die aufgeworfene Frage wurde unter dem Krankenversicherungsgesetz zuungunsten der Krankenkasse entschieden[1]) durch den Hinweis darauf, daß nach § 7, insbesondere Abs. 2 Satz 2 KVG. die Ansprüche dem Versicherten zustehen und daher, von einer abweichenden Bestimmung abgesehen, nur durch Leistung an ihn erfüllt werden könnten. Eine dem § 7 KVG. gleiche Vorschrift enthält § 186 RVO. Die erwähnte Schlußfolgerung ist jedoch rein formal und sachlich nicht begründet. Die genannten Gesetzesstellen nämlich sollen nur feststellen, daß der Versicherte in jedem Fall allein Inhaber der Forderung sei, auch in den Fällen, in denen die Krankengelder unmittelbar an die Hausangehörigen gezahlt werden können; diese sind nicht forderungs- und klageberechtigt (vgl. Hahn, KVG. 6. Aufl. § 7, 3b; Stier-Somlo, RVO. § 186, 6 und 7). Gleiches muß dann auch von dem Inhalt etwa hierauf bezüglicher Kassenstatutenvorschriften gelten, die neben einer zulässigen Entrichtung gewisser Teile des Krankengeldes an die Angehörigen die Zahlungen an das Kassenmitglied erwähnen. Die angezogenen Vorschriften können daher zur Entscheidung der vorliegenden Frage nicht dienen, einmal weil sie nur einen Einzelfall regeln, dann weil sie lediglich die Frage betreffen, wer die Versicherungsbeträge erhalten soll, nicht aber an wen die Kasse für diese zahlen darf.

Als weiteren Grund führt man den öffentlich-rechtlichen Charakter der Versicherung an, der die Kasse zu der Sorge verpflichte, daß den Versicherten die ihnen zustehenden Beträge auch wirklich zufließen. Ganz abgesehen von der nachher zu erwähnenden Unmöglichkeit der Durchführung, fehlt jede gesetzliche Unterlage für eine soweit gehende Fürsorgepflicht. Die Versicherungsgesetzgebung beruht zwar auf sozialrechtlichen Gründen; Maß und Berechtigung der hieraus entspringenden Ansprüche entsprechen dieser Grundlage. Gleichwohl sind bezüglich der einmal entstandenen Forderungen der Versicherten an die Krankenkassen privatrechtliche Grundsätze anwendbar. Dies war sicherlich nach altem Recht der Fall, nach dem die Ansprüche der Versicherten — abgesehen von der Vorentscheidung der Aufsichtsbehörde — im Zivilprozeß geltend gemacht wurden. (Vgl. Hahn, a. a. O., Vorbemerkung II d, S. 16.)

Aber auch die Reichsversicherungsordnung hat hieran nichts Wesentliches geändert, da auch jetzt noch die Ansprüche der Versicherten wie andere Zivilrechtsansprüche der Vererbung, Verjährung, Abtretung, Pfändung unterliegen und die Ueberweisung der Rechtsverfolgung an eine besondere Gerichtsbarkeit die Form eines dem Zivilprozeß angenäherten Parteiprozesses nicht geändert hat. Für diese Ueberweisung der Krankenversicherungsansprüche an Sondergerichte war die bis dahin schon für die Invaliden- und Unfallversicherung geltende Regelung maßgebend. (Vgl. Hoffmann, Kommentar z. RVO. 2. Buch, Krankenversicherung, S. 82). Auch die Ansprüche aus der Invaliden- und Unfallversicherung waren jedoch unter den alten Gesetzen, trotz des Ausschlusses des regelmäßigen Rechtswegs, vom Reichsversicherungsamt als „Vermögensrechte" anerkannt, denen eine gewisse privatrechtliche Seite ... nicht abgestritten werden kann. (Vgl. Hahn a. a. O., Vorbemerkung II d, S. 17.) Es müssen daher mindestens auf die Auszahlung der Versicherungsbeträge durch die Versicherungsträger privatrechtliche Grundsätze angewendet werden.

Dies verkennt offenbar die in der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 17. März 1913 erschienene Mustersatzung für allgemeine Ortskrankenkassen nicht; denn sie stellt in § 45 die allgemeine privatrechtliche Regel auf, die Auszahlungen der Barleistungen habe an das Kassenmitglied oder an einen Bevollmächtigten zu erfolgen, sofern nicht auf Kosten des Versicherten die Uebersendung durch die Post beantragt werde. Bei Fassung dieser Bestimmung wurde die Frage des Schutzes der Kasse gegen doppelte Auszahlungen berührt. Denn in der Erläuterung zu § 45 ist darauf hingewiesen, der Ueberbringer des Krankenscheins werde im allgemeinen als ermächtigt angesehen werden

[1]) Entscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamtes der Stadt Mainz vom 31. Oktober 1912; Urteil des Amtsgerichts Mainz vom 24. Juli 1913 C 6256/12.

Digitized by Google

können, die Barleistungen entgegenzunehmen. Die Begründung ist unter dem von der Mustersatzung angeführten Gesichtspunkt nicht stichhaltig; denn auf dem Gebiet des für die Auszahlung maßgebenden Obligationenrechts gibt es im allgemeinen keinen Schutz des guten Glaubens. Wird deshalb die Kasse auf nochmalige Zahlung der an den Ueberbringer eines Krankenscheins gezahlten, aber nicht in den Besitz des Versicherten gelangten Barleistungen in Anspruch genommen, so würde — stets von dem Standpunkt der Mustersatzung aus — sie zu beweisen haben, daß der Ueberbringer tatsächlich bevollmächtigt war; gelänge ihr dies nicht, so wäre die Leistung gegenüber dem Berechtigten nicht mit befreiender Wirkung erfolgt.

Wohl aber gelangt man zu dem offenbar auch von der Mustersatzung für richtig gehaltenen Resultat, wenn man den von der Krankenkasse auf Grund des ärztlichen Krankenattestes oder von dem Arzt für sie ausgestellten Krankenschein als Legitimationspapier im Sinne des § 808 BGB. ansieht. Nach dieser Vorschrift kann eine Urkunde, in der der Gläubiger, also hier der Versicherte, benannt ist, mit der Bestimmung ausgegeben werden, daß die in der Urkunde versprochene Leistung an jeden Inhaber bewirkt werden kann; daraus folgt, daß der Schuldner wohl die Empfangsberechtigung des Erhebenden prüfen kann, aber nicht prüfen muß. Der Begriff des Legitimationspapieres setzt nicht voraus, daß in diesem eine spezielle, bestimmt benannte Leistung versprochen ist. Gerade wie ein Sparkassenbuch mit seinen wechselnden Ab- und Zuschreibungen stellt auch der Krankenschein dem Versicherten für die Dauer der ärztlichen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung die nach seiner Lohnklasse genau bestimmbare Barleistung in Aussicht. Ebensowenig braucht in dem Legitimationspapier selbst die Zahlungsberechtigung an jeden Inhaber vorbehalten zu sein. Es genügt, wenn dies Recht bei Ausgabe der Urkunde dem Schuldner stillschweigend, aber in einer dem Gläubiger erkennbaren Weise gewahrt ist (vgl. Planck, Kommentar z. BGB. § 808 Anm. 2 b). Ein derartiger Vorbehalt muß hier nach Lage der Umstände angenommen werden. Zunächst wird nach dem Wortlaut des § 44 Abs. 2 der Mustersatzung „das Krankengeld gezahlt an jedem Sonnabend für die abgelaufene Woche in der Regel gegen Vorlegung eines vom Kassenarzt ausgestellten Krankenscheins". Der Krankenschein ist also zur einzigen formellen Voraussetzung der Auszahlung erhoben. Hinzu kommt, daß die Krankenkassen bisher häufig mit ihren — der Krankenordnung im Sinne des § 347 RVO. entsprechenden — Bestimmungen über die Krankenmeldung ausdrücklich den Krankenschein als zur Legitimation des Versicherten ausgestellt bezeichneten, ferner das Mitglied verpflichteten, den Krankenschein nicht aus der Hand zu geben und sofort nach Beendigung der Krankheit zurückzuliefern, alles Bestimmungen, die die Legitimationswirkung des Krankenscheins in einer für den Versicherten erkennbaren Form wahren sollen.

Auch aus den allgemeinen Umständen und den Kasseneinrichtungen, die den Mitgliedern bekannt sind, geht hervor, daß die Kasse sich das Recht vorbehalten muß, an jeden Ueberbringer des Krankenscheins zahlen zu dürfen. Für die Beamten jeder etwas umfangreicheren Kasse ist es unmöglich, die Versicherten persönlich zu kennen. Dies wäre auch zwecklos; denn das Mitglied, das vielleicht wegen Krankheit an das Haus gebunden ist, wird regelmäßig die Barleistungen nicht persönlich abholen können. Zudem kann bei einer größeren Kasse der Auszahlung keine lange Legitimationsprüfung vorausgehen. Der Versicherungsträger ist verpflichtet (§ 210 RVO., § 44 Abs. 2 Mustersatzung) alle Barleistungen an einem bestimmten Tage zu entrichten; dieser Vorschrift könnten die Kassen nicht nachkommen, wenn sie zunächst die formelle Berechtigung zur Empfangnahme der Beträge im einzelnen prüfen müßten. Denn wie sollte sich dies praktisch vollziehen? Eine schriftliche Bevollmächtigung wäre für die Kreise, aus denen sich die Versicherten überwiegend zusammensetzen, eine erhebliche, gegenüber bettlägerigen Kranken oftmals undurchführbare Belästigung, die auch keinerlei Erfolg verspräche; denn Unterschlagung des Krankengeldes und Fälschung der Vollmacht liegen für den Täter nicht mehr weit auseinander. So bliebe nur die persönliche Erkundigung bei dem Mitglied selbst, d. h. die Versicherungsleistungen würden sich aus einer Hol- in eine Bringschuld verwandeln. Da dieses Resultat nach den Kasseneinrichtungen unmöglich ist, so muß

Digitized by Google

die Kasse, auch im Interesse einer für die Versicherten einfachen Regulierung, an den Ueberbringer des Krankenscheins zahlen können, d. h. es ist in diesem Schein eine im Sinne des § 808 BGB. legitimierende Urkunde zu sehen. Eine Schädigung der Mitglieder in nennenswertem Umfang ist dadurch nicht zu befürchten, da diese durch ordnungsmäßige Verwahrung des Scheins einen Verlust vermeiden können. Andererseits bleibt den Kassenbeamten in zweifelhaften Fällen das Recht, eine besondere Legitimation des Erhebenden zu verlangen.

Wenn sonach heute schon die Legitimationswirkung des Krankenscheins im allgemeinen zu bejahen sein dürfte, so ist doch wohl zur Vermeidung jeden Zweifels eine ausdrückliche Bestimmung in den Satzungen der Krankenkasse zweckmäßig. Dazu wäre etwa folgende Satzungsvorschrift dem Abs. 2 des § 44 Musterstatuts beizufügen:

„Die Kasse kann an jeden Ueberbringer eines Krankenscheines zahlen; sie ist zur Prüfung seiner Legitimation berechtigt."

§ 45 S. 1 Musterstatuts, soweit er die Auszahlung an das Kassenmitglied oder einen Bevollmächtigten vorschreibt, hätte als überflüssig, aber auch irreführend zu entfallen. Die Genehmigung einer derartigen Satzungsänderung unterliegt nach § 323 RVO. keinen Bedenken.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen.

Vom 9. Oktober 1913 (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich, S. 1009[1]).

Der Bundesrat hat auf Grund der §§ 366, 367 RVO. über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie über die Muster der von den Kassen einzureichenden Nachweisungen und über die Einsendungsfristen folgende Bestimmungen erlassen:

I.

§ 1. Die Kassen haben folgende Bücher zu führen:

A. Mitgliederverzeichnis,
B. Krankenbuch,
C. Nachweisung der für die Kasse tätigen Aerzte, Spezialärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Apothekenbesitzer und -verwalter und anderen solchen Personen, welche Arzneimittel feilhalten,
D. Einnahme- und Ausgabebuch,
E. Nachweisung des Vermögens,
F. Verzeichnis der Gebrauchsgegenstände.

Die Führung von Hilfsregistern ist zulässig, auch kann die Buchführung zu A, B, C in Kartenform geschehen.

A. Mitgliederverzeichnis.

§ 2. In ein allgemeines Mitgliederverzeichnis sind sämtliche Mitglieder mit Ausnahme der in §§ 3—5 dieser Bestimmungen genannten unter Angabe von Geschlecht, Beruf und Geburtstag einzutragen. Als Beruf gilt nicht der erlernte Beruf, sondern die tatsächliche Beschäftigung, welche die Mitgliedschaft begründet.

Das Mitgliederverzeichnis hat außerdem zu enthalten

1. a) für jedes versicherungspflichtige Mitglied den Tag des Beginns der Mitgliedschaft (§§ 306, 307, 308), bei Orts-, Land- und Innungskrankenkassen den Namen des Arbeitgebers, außerdem den Tag, an welchem das Mitglied die Mitgliedschaft freiwillig fortsetzt,
   b) für jedes versicherungsberechtigte Mitglied den Tag des Beitritts zur Kasse (§ 310),
2. den Tag des Ausscheidens,
3. die Höhe des Wochenbeitrages, die für die Berechnung des Beitrags und der Leistungen maßgebende Lohnstufe (Mitgliederklasse) sowie die sonstigen Angaben, die satzungsgemäß zur Berechnung des Beitrags erforderlich sind (§ 318), insbesondere bei Krankenkassen, bei denen die Höhe der Beiträge nach den Erwerbszweigen und Berufsarten der Versicherten abgestuft ist (§ 384), die Zugehörigkeit der Mitglieder zu den einzelnen Beitragsklassen,
4. für jedes versicherungsberechtigte Mitglied bei der Aufnahme die Höhe des jährlichen Gesamteinkommens (§§ 176, 178, § 314 Abs. 2).

§ 3. Besondere Mitgliederverzeichnisse sind zu führen

a) für Versicherte, deren Grundlohn abweichend vom regelmäßigen Grundlohn der Kasse be-

[1]) Nebst Formularen (Carl Heymanns Verlag in Berlin).

Digitized by Google

stimmt ist (§§ 181, 245, § 423 Abs. 3), sowie

b) für Versicherungsberechtigte, die nur Anspruch auf herabgesetzte Leistungen haben (§ 215).

§ 4. Orts- und Landkrankenkassen haben außerdem noch besondere nach Buchstabenfolge geordnete Mitgliederverzeichnisse zu führen

a) für die unständig Beschäftigten (§ 442),

b) für die Hausgewerbetreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten (§ 468).

Das Mitgliederverzeichnis für die zu b bezeichneten Versicherten muß neben den allgemeinen Angaben auch solche enthalten, welche über den Namen und Betriebssitz (§ 473) des Auftraggebers sowie über den Betrag des Entgelts (§§ 470, 474) Auskunft geben.

§ 5. Versicherte, die im Wandergewerbebetriebe beschäftigt sind, sind ihrer Zahl nach (§ 459) in ein besonderes Verzeichnis einzutragen, das auch Angaben über den Namen des Arbeitgebers, die Höhe des Grundlohnes und des Wochenbeitrages (§§ 461, 462) enthalten muß.

§ 6. In einer besonderen Spalte (Bemerkungen) sind die erforderlichen Erläuterungen zu geben

a) bei Versicherten, die abweichend von den allgemeinen Bestimmungen der Kasse über die Höhe der Beiträge und Kassenleistungen unter Zahlung entsprechend abgeänderter Beiträge auf Mehr- oder Minderleistungen Anspruch haben (§ 384 Abs. 2, 3, §§ 420, 421, § 423 Abs. 1, 2, § 425, § 447 Abs. 3, §§ 462, 468, 478),
desgleichen

b) bei Versicherten, die gemäß § 296, § 450 Abs. 1 besondere Zuschläge zu den allgemeinen Beiträgen der Kasse zu zahlen haben.

§ 7. Statt eines Mitgliederverzeichnisses können auch eine Hebeliste (Konten für Arbeitgeber), eine Liste über den Zu- und Abgang oder getrennte Bücher über den Zu- und Abgang geführt werden, wenn die Listen oder Bücher die in den vorstehenden Bestimmungen geforderten Angaben enthalten.

B. Krankenbuch.

§ 8. In das Krankenbuch ist jeder angemeldete, mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Erkrankungsfall (Krankheitsfall) und jeder zu entschädigende Sterbefall einzutragen.

Aus dem Krankenbuche muß der Beruf des Kranken, die Art und der Beginn der Krankheit, die Dauer der gewährten Krankenhilfe und bei Sterbefällen der Todestag zu ersehen sein.

§ 9. Das Krankenbuch muß Angaben über die Lohnstufe (Mitgliederklasse) enthalten, nach der für jeden Krankheits- und Sterbefall die Leistungen bemessen sind; es soll ferner Auskunft über den Betrag geben, der für jeden Krankheits- und Sterbefall gezahlt worden ist.

§ 10. Kürzungen an den Barleistungen auf Grund des § 185 Abs. 2 und der § 189, § 196 Abs. 1, 2 sind besonders nachzuweisen, ebenso Erstattungen von Leistungen der Kasse (§§ 197, 222, 420, 576, § 944 Abs. 2, § 1083, § 1089 Abs. 2, § 1091 Abs. 2, §§ 1501 ff., § 1519).

§ 11. Für Versicherte, deren Grundlohn abweichend vom regelmäßigen Grundlohn der Kasse bestimmt ist (§§ 181, 245, § 423 Abs. 3), sowie für die unständig Beschäftigten (§ 450 Abs. 3), für die Hausgewerbetreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten und für die versicherungsberechtigten Mitglieder mit Anspruch auf Minderleistungen sind die Krankheitsfälle und die durch sie bedingten Zahlungen gesondert zu buchen.

§ 12. Im übrigen ist das Krankenbuch nach Maßgabe des Einnahme- und Ausgabebuchs und der „Nachweisung der entschädigten Fälle von Kranken- und Wochenhilfe und der entschädigten Sterbefälle“ (Muster 4) einzurichten. Die Eintragungen müssen mit den bezüglichen Eintragungen im Krankenbuch übereinstimmen. Statt eines Krankenbuches oder neben ihm können auch getrennte Krankenbücher (getrennt für Mitglieder und für Angehörige), ein besonderes Ausgabebuch für das Krankengeld und Belegbücher als Beibücher zum Hauptausgabebuche geführt werden, wenn die Bücher die in den vorstehenden Bestimmungen geforderten Angaben enthalten.

C. Nachweisung der für die Kasse tätigen Aerzte usw.

§ 13. Die Nachweisung der für die Kasse tätigen Aerzte, Spezialärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Apothekenbesitzer und -verwalter und anderen solchen Personen, welche Arzneimittel feilhalten, muß die in der „Nachweisung der Art und Höhe des Entgelts für ärztliche Leistungen“ (Muster 5) geforderten Angaben ersehen lassen.

D. Einnahme- und Ausgabebuch.

§ 14. Das Buch ist in Einnahme und Ausgabe mit Spalten zu versehen, welche den Kapiteln und Titeln des Rechnungsabschlusses (§ 367) entsprechen. Führung von besonderen Büchern für Einnahme und Ausgabe ist zulässig.

Alle Einnahmen und Ausgaben sind fortlaufend unter Angabe des Tages der Zahlung und unter Bezeichnung des Einzahlers oder Empfängers in der Weise einzutragen, daß ihr Betrag je nach Art der Einnahme und Ausgabe in der zutreffenden Spalte ausgeworfen wird.

§ 15. Einnahmen und Ausgaben, welche aus dem Vorjahr herrühren, sind nicht als Reste zu

Digitized by Google

buchen, sondern in derjenigen Spalte auszuwerfen, in welche sie ihrer Art nach gehören.

§ 16. Aufwendungen sind in ihrer vollen Höhe in der zutreffenden Spalte in Ausgabe zu stellen, etwaige Kürzungen und Erstattungen in der entsprechenden Spalte in Einnahme (zu vergleichen auch Bestimmungen über das Krankenbuch).

§ 17. Absetzungen sind nur zur Berichtigung von Schreib- und Rechenfehlern und sonstigen offenbaren Unrichtigkeiten zulässig.

§ 18. Irrungen in den Eintragungen sind so zu durchstreichen, daß das Durchstrichene lesbar bleibt. Radieren ist nicht zulässig.

§ 19. Das Buch beginnt mit dem 1. Januar jedes Kalenderjahres und wird Ende Januar des folgenden Jahres für das vorhergehende Jahr abgeschlossen. Hierbei sind Einnahmen und Ausgaben im Januar des folgenden Jahres, soweit sie sich auf das abgelaufene Geschäftsjahr beziehen, noch in das Buch für das letztere aufzunehmen.

E. Vermögensnachweisung.

§ 20. Die Vermögensnachweisung ist für jedes Geschäftsjahr neu aufzustellen.

§ 21. Sie muß den Bestand und seine Zusammensetzung am Schlusse des Vorjahres, die im Geschäftsjahr durch Zu- und Abgang eingetretenen Veränderungen erkennen lassen.

§ 22. Bei Wertpapieren ist über Nennwert, Anschaffungskosten (Erwerbspreis einschließlich Nebenkosten), Zinsfuß, Fälligkeit der Zinsen, Kurswert, Verkaufspreis (abzüglich Nebenkosten) Auskunft zu geben. Stückzinsen gehören weder zu den Nebenkosten noch zu dem Erwerbs- beziehungsweise Verkaufspreis.

§ 23. Bei Bank- und Sparkasseneinlagen ist der Zinsfuß, bei Sparkasseneinlagen auch der Tag der Fälligkeit der Zinsen, bei Grundvermögen der Tag der Fälligkeit und die Höhe etwaiger Miete oder Pacht anzugeben.

§ 24. Bei hypothekarischen Ausleihungen muß die Vermögensnachweisung auch die zur Beurteilung der Mündelsicherheit erforderlichen Angaben enthalten. Nach den §§ 294, 295 etwa vorhandene Sondervermögen, sowie die nach § 477 Abs. 2 in Verwahrung der Kasse befindlichen Zuschüsse sind besonders nachzuweisen.

§ 25. Nach Abschluß des Einahme- und Ausgabebuches ist unter Benutzung der Vermögensnachweisung (Muster 2) durch Gegenüberstellung des Bestandes am Beginn und am Schlusse des Geschäftsjahres die Zu- oder Abnahme des Vermögens festzustellen.

§ 26. Die Höhe der Rücklage ist nachzuweisen.

F. Verzeichnis der Gebrauchsgegenstände.

§ 27. Das Verzeichnis muß enthalten: Gegenstand, Anschaffungstag, Anschaffungswert, Abschreibung, Abgang und Grund des Abganges sowie Wert am Jahresschlusse.

II.

§ 28. Kassen, die einem Verband oder einer Vereinigung (§§ 406 ff.) angehören, haben für die Darstellung des geschäftlichen Verkehrs mit dem Verband oder der Vereinigung ein besonderes Kassenbuch zu führen und den allgemeinen Bestimmungen entsprechend einzurichten.

Die Eintragungen sind mit ihrem Endbetrag am Jahresschluß auf die zutreffenden Kapitel und Titel des Einnahme- und Ausgabebuches zu übertragen.

III.

§ 29. Sämtliche Kassenbücher sind mit den zugehörigen Belegen mindestens zehn Jahre aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Schlusse desjenigen Geschäftsjahres, auf welches sich die letzte Eintragung in dem Kassenbuche bezieht.

§ 30. Rechnungsabschluß und Nachweisungen (§ 367) sind dem Versicherungsamt in zwei Stücken bis zum ersten März einzureichen; ein Stück davon ist dem Kaiserlichen Statistischen Amte spätestens bis zum 1. Juli jedes Jahres zu übersenden; die oberste Verwaltungsbehörde kann bestimmen, daß die statistische Landesstelle die Übersendung zu vermitteln hat, sowie das ein drittes Stück für das Oberversicherungsamt einzureichen ist. Das Versicherungsamt hat seiner Sendung eine Bescheinigung über die erfolgte Prüfung sowie über die Vollzähligkeit der Rechnungsabschlüsse und Nachweisungen für seinen Bezirk beizufügen.

§ 31. Bei Zweifeln über die Art der Aufstellung des Rechnungsabschlusses und der Nachweisungen erteilt das Kaiserliche Statistische Amt im Einvernehmen mit der an der Statistik beteiligten statistischen Landesstelle Auskunft. Das Kaiserliche Statistische Amt wird eine Zusammenstellung der sich hiernach ergebenden Regeln herausgeben.

Zulassung von Ersatzkassen; Einreichung der Satzungen.

Erlaß des **Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** v. 3. Oktober 1913.

Im Gegensatz zu Art. 19 schreibt Art. 25 Einf.Ges. z. RVO. nicht vor, daß dem Antrage der eingeschriebenen Hilfskassen (privaten Versicherungsunternehmungen) auf Zulassung als Ersatz-

Digitized by Google

kasse eine ordnungsmäßig beschlossene Satzung, die den Anforderungen der Reichsversicherungsordnung genügt, beizufügen ist. Um den Behörden, die über die Zulassung zu befinden haben, Zeit zu sorgfältiger Prüfung zu belassen, ist in dem Erlasse vom 25. August d. Js. (HMBl. S. 552) vorgeschrieben, daß den Hilfskassen die Vorlage einer genehmigten Satzung bis zum 1. April k. Js. zur Pflicht gemacht werde. Selbstredend hat dadurch der aus Art. 25 Einf.Ges. z. RVO. in Verbindung mit Art. 7 der Kaiserlichen Verordnung vom 5. Juli v. Js. sich ergebende Endtermin für die Einreichung der Zulassungsanträge nicht verändert werden sollen. Danach bleibt die Verpflichtung der Hilfskassen zur Stellung des Antrags auf Zulassung, dem tunlichst die Satzung beizufügen ist, bestehen, so daß Hilfskassen, welche den Antrag bis zum Ablauf des 31. Dezember 1913 nicht gestellt haben, selbst dann nicht zugelassen werden dürfen, wenn sie bis zum 1. April k. Js. eine ordnungsmäßige Satzung vorlegen sollten.

Der Sohn des Akkordanten als Arbeiter des Unternehmers (mittelbares Beschäftigungsverhältnis).

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 8. Mai 1913.

Beim Eintritt des Unterstützungsfalls war Konrad F. von seinem Vater Wilhelm F., welcher von der Firma O. & Co. in Akkordlohn mit dem Brechen und Verladen von Quarzitsteinen beschäftigt wurde, zur Hilfeleistung angenommen worden. Der vorliegende Streit betrifft also die Versicherung der von einem sogenannten Akkordanten zu seiner Hilfe angenommenen Person. Es ist in solchen Fällen häufig zweifelhaft, ob die Hilfsperson von dem Akkordanten oder von dessen Auftraggeber beschäftigt wird. Die Entscheidung hängt davon ab, ob der Akkordant selbständiger Unternehmer, oder ob er selbst abhängiger und deshalb versicherungspflichtiger Arbeiter ist. Im ersteren Falle ist er der Arbeitgeber seiner Hilfspersonen und für sie zur Beitragsleistung bei der für seinen Betrieb zuständigen Kasse verpflichtet. Im anderen Falle stehen seine Hilfspersonen nicht zu ihm sondern zu seinem Arbeitgeber im Beschäftigungsverhältnis und werden von diesem versichert und zwar bei der für seinen Betrieb zuständigen Kasse. Hinsichtlich der Frage aber, ob ein Akkordant im einzelnen Falle die Rechtsstellung eines selbständigen Unternehmers oder eines abhängigen versicherungspflichtigen Angestellten oder Arbeiters einnimmt, ergibt sich aus der Stellungnahme der Verwaltungsbehörden und Gerichte sowie aus den Erörterungen der Schriftsteller, daß Grundsätze, die für jeden Einzelfall ohne weiteres die Entscheidung ermöglichen, nicht aufgestellt werden können (vgl. die Ziffern 31 und 32 der Anleitung des Reichsversicherungsamts vom 6. Dezember 1905 über den Kreis der gegen Invalidität versicherten Personen, jetzt die Ziffern 13 und 14 der Anleitung vom 26. April 1912, ferner Entsch. des Oberverwaltungsgerichts 18 S. 349, Reger 16 S. 176, 17 S. 402 und 18 S. 193, endlich Hahn im Verwaltungsarchiv Bd. 9. S. 258—264 und in der Arb. Vers. Jahrg. 23 S. 375, 376). Im vorliegenden Falle ist jedoch unbedenklich anzunehmen, daß Konrad F. nicht bei seinem Vater, sondern bei der Firma O. & Co. in Beschäftigung stand. Der Vater war nicht selbständiger Gewerbetreibender, sondern Akkordarbeiter der Firma, welche ihm ihren Steinbruch nebst den von ihr hergestellten Bahnanlagen übergeben hatte. Der Vater war nicht Unternehmer, weil er die Steine nicht für seine eigene Rechnung brach und beförderte, sondern lediglich in dem Betriebe der Firma tätig war. Die Firma wies ihn an, wie er arbeiten müsse. Die vertragsmäßige Vorschrift, daß er keinen Raubbau treiben dürfe, besagt, daß die Firma die Art und Weise der Arbeitsausführung bestimmte. Danach hatte sich auch der Sohn zu richten. Auch hinsichtlich des Umfanges seiner Akkordarbeit besaß der Vater keine Selbständigkeit, vielmehr bestimmte die Firma, wieviele Waggons er wöchentlich zu verladen hatte. Eine geschäftliche Verantwortlichkeit des Vaters bestand nicht; seiner Lebensstellung nach war er Arbeiter und arbeitete im Steinbruche mit. Die Beschäftigung des Sohnes war lediglich der Ausfluß des zwischen dem Vater und der Firma bestehenden Akkordverhältnisses. In dem Akkordlohne bezahlte die Firma gleichzeitig die Arbeitsleistung des Sohnes. Sich eine Kontrolle über die von dem Akkordanten etwa einzustellenden Hilfsarbeiter zu sichern, stand der Firma frei.

Eine Beschäftigung, die nicht mindestens einmal wöchentlich stattfindet, ist keine ständige.

Entscheidung des **Bayr. Verwaltungsgerichtshofs** vom 23. Dezember 1912.

Die Vorinstanz hat als erwiesen erachtet, daß die M. in der Zeit vom 28. Dezember 1910 bis 22. März 1911 regelmäßig alle 14 Tage (am Ausgehtag der Köchin des Gastwirts N.) bei diesem beschäftigt gewesen sei. Diese Beschäftigung sei eine versicherungspflichtige gewesen, „da auch eine intermittierende Beschäftigung, wenn sie sich regelmäßig wiederhole, zu einer dauernden und versicherungspflichtigen werde".

Vorstehende Ausführungen der Vorinstanz sind nun allerdings zutreffend, jedoch nach Anschauung des Gerichtshofes lediglich mit dem Abmaße, daß

Digitized by Google

es sich um eine Beschäftigung handeln muß, welche, wenn auch nur an einzelnen Tagen aufeinanderfolgender Wochen (und auch vielleicht da nur stundenweise) stattgefunden hätte; jedenfalls aber ist zur Begründung der Versicherungspflicht unerläßlich, daß eine Beschäftigung während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses in jeder Woche stattgehabt hat.

Diese Anschauung des Gerichtshofes hat bereits Ausdruck gefunden in der Entscheidung vom 27. Februar 1905 (Reger Erg.Bd. 3 S. 268), auf deren Ausführungen Bezug genommen wird ...

B. Zur Unfallversicherung.

Zurücknahme der Klage nicht gleichbedeutend mit Verzicht auf den Anspruch. — Entscheidungen des Gerichtshofs für Kompetenzkonflikte binden die Behörden nicht für künftige Fälle. — Eine dem Gesetze vom 12. Mai 1901 unterstehende Sterbekasse kann nicht Ueberweisung des Unfallsterbegeldes nach § 25 GUVG. fordern.

Bescheid des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, vom 22. Mai 1913.

Am 9. November 1910 starb der Bergmann Ferdinand H. an den Folgen eines am 18. Dezember 1909 auf der Zeche X. erlittenen Betriebsunfalls. Seinen Erben wurde infolgedessen von der Knappschaftsberufsgenossenschaft ein Sterbegeld von 120,98 M. bewilligt. Der Allgemeine Knappschaftsverein zu Bochum, dem H. als Mitglied angehörte, zahlte seiner Witwe ein Sterbegeld von 150 M. H. war außerdem bei der einen bergmännischen Sterbekasse versichert, deren Statut auf Grund der §§ 4 und 6 des Reichsgesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen vom 12. Mai 1901 (RGBl. S. 139) genehmigt sind. Auch diese Kasse zahlte der Witwe H. wegen des Sterbefalls ein Sterbegeld und zwar von 80 M. Sie fordert Ersatz dieser Aufwendung aus dem berufsgenossenschaftlichen Sterbegeld, und zwar in Höhe von 42,08 M., indem sie ausführt, daß ihr mit dem Knappschaftsverein nach Verhältnis der gezahlten Sterbegelder ein Anspruch auf Ersatzleistung aus dem berufsgenossenschaftlichen Sterbegelde zustehe. Der Knappschaftsverein fordert dagegen dieses Sterbegeld im vollen Betrage für sich. Er macht geltend, daß der Sterbekasse, die keine Unterstützungskasse im Sinne der §§ 25, 26 GUVG., § 20 Abs. 5 KVG. sei, ein Anspruch auf Ersatzleistung aus dem berufsgenossenschaftlichen Sterbegeld überhaupt nicht zustehe. Die Sterbekasse hatte deshalb bereits unter dem 7. September 1911 gegen den Allgemeinen Knappschaftsverein in Bochum und die Knappschaftsberufsgenossenschaft, Sektion II, zu Bochum bei dem Bezirksausschusse Klage auf Anordnung ihres Ueberweisungsanspruchs erhoben, die Klage aber unter dem 14. Dezember 1911 zurückgenommen. Die Sterbekasse hat demnächst unter dem 10. September 1912 denselben Klageanspruch in einer neuen und zwar gegen den Allgemeinen Knappschaftsverein zu Bochum gerichteten Klage bei dem Bezirksausschusse geltend gemacht. Diese Klage ist aber zurückgewiesen worden.

Hiergegen hat die Klägerin Berufung eingelegt. Das Oberverwaltungsgericht wies die Berufung zurück.

Der Bezirksausschuß hat die vorliegende Klage deshalb abgewiesen, weil die Klägerin denselben Klageanspruch bereits in dem Vorprozesse geltend gemacht, aber diese Klage zurückgenommen habe; und weil ein Widerruf der Zurücknahme einer Klage unzulässig sei. Letzteres ist an sich richtig. Es handelt sich aber bei der vorliegenden Klage gar nicht um einen Widerruf der Zurücknahme der früheren Klage in dem Vorprozeß, sondern um die Erhebung einer neuen Klage. Daß in dieser neuen Klage derselbe Klageanspruch, wie in dem Vorprozesse, geltend gemacht wird, steht der erneuten Erhebung der Klage nicht entgegen. Es könnte sich nur fragen, ob, was der Vorderrichter nicht geprüft hat, die neue Klage etwa mit Rücksicht darauf unbegründet ist, daß die Klägerin durch die frühere Zurücknahme der Klage auf den Klageanspruch verzichtet hat (vgl. Friedrichs, Kommentar zum Landesverwaltungsgesetz Note 25 zu § 63 S. 137/138, auch Entsch. des Oberverwaltungsgerichts 27 S. 185, 32 S. 135). Ein solcher Verzicht auf den Klageanspruch liegt aber nicht vor; denn es steht nach dem Inhalte der Akten des Vorprozesses fest, daß in diesem die damalige Klage ohne weitere Zusätze zurückgenommen ist. Es fehlt jeder Anhalt dafür, daß, die Klägerin damit auf den Klageanspruch habe verzichten wollen. Offenbar erfolgte die Zurücknahme der Klage nur aus dem Grunde, weil die Klägerin mit Rücksicht auf die ihr von dem Bezirksausschusse mitgeteilte Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts und des Reichsversicherungsamts (Entsch. des Oberverwaltungsgerichts vom 23. April 1903 Bd. 43 S. 348 und Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts Jahrg. 17 S. 426) die Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte zur Entscheidung auf die Klage nicht für gegeben und die Klage deshalb für aussichtslos ansah. Sie führt in der neuen Klage ausdrücklich aus, daß sie im Hinblick auf die ihr inzwischen bekannt gewordene Entscheidung des Gerichtshofs zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte vom 28. Juni 1911 (Arb.-Versorgg. 28 S. 664) nunmehr dennoch die Verwaltungsgerichte für zuständig erachten müsse. Der von dem Vorderrichter angegebene Grund kann also zur Abweisung der Klage nicht führen. Diese ist aber aus anderen Gründen geboten.

Der Senat ist bisher in ständiger Rechtsprechung davon ausgegangen, daß für Ansprüche der Kranken- und sonstigen Unterstützungskassen im Sinne des § 25 GUVG., sich zur Deckung des von ihnen gewährten Sterbegeldes das dem betreffenden

Digitized by Google

Kassenmitgliede von einer Berufsgenossenschaft zu gewährende Sterbegeld ganz oder zum Teil überweisen zu lassen, das Verwaltungsstreitverfahren nicht gegeben sei. An dieser zuletzt in der Entscheidung vom 22. Januar 1910 Bd. 55 S. 398 eingehend begründeten Auffassung hält der Senat fest. Schon daraus ergibt sich die Abweisung der Klage. Dieser Entscheidung steht das oben erwähnte Urteil des Gerichtshofs zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte nicht entgegen. Die Entscheidungen dieses Gerichtshofs sind maßgebend nur für die Streitsache, für die sie ergangen sind. Erachten sich die Gerichte, Verwaltungsgerichte und Verwaltungsbehörden nicht davon überzeugt, daß dieser Gerichtshof die Zuständigkeit den Gesetzen gemäß festgestellt hat, dann sind sie nicht behindert, für eine andere, eine gleiche Angelegenheit betreffende Streitsache die Frage der Zuständigkeit anderweit nach ihrer den Gesetzen entnommenen Ueberzeugung zu beantworten (vgl. Entsch. des OVG. vom 24. November 1910 — III. C. 160. 10. —).

Uebrigens würde, auch wenn man mit dem Gerichtshofe zur Entscheidung der Kompetenzkonflikte das Verwaltungsstreitverfahren für den vorliegenden Klageanspruch als gegeben ansähe, die Klage doch keinen Erfolg haben können. Wie der Senat in seinem Urteile vom 22. Januar 1910 — III. C. 129. 09. (Entsch. 55 S. 409) ausgeführt hat, können Ansprüche der in § 25 Abs. 1 GUVG. genannten Kassen, ihnen zur Deckung verausgabter Sterbegelder einen entsprechenden Teil des für denselben Sterbefall von den Berufsgenossenschaften zu gewährenden Sterbegeldes zu überweisen, aus dem § 25 GUVG. nicht hergeleitet werden. Dem stände entgegen einmal, daß das Wort „Rentenbeträge" in § 25 Abs. 2 GUVG. in der Beschränkung auf die im Gesetze „Rente" benannte Leistung der Berufsgenossenschaft zu verstehen sei, sowie ferner, daß das Sterbegeld auch um deswillen nicht unter § 25 Abs. 2 fallen könne, weil es nicht als Unterstützung für einen Zeitraum gewährt würde und hier die Ersatzpflicht nur für Unterstützungen dieser Art geregelt worden sei. An dieser Auffassung wird festgehalten. Auf den durch die Novelle vom 25. Mai 1903 eingeführten Abs. 5 des § 20 KVG. kann die Klägerin sich schon aus dem Grunde nicht stützen, weil dieser sich jedenfalls nicht auf dem Privatversicherungsgesetze vom 12. Mai 1901 unterliegende Sterbekassen bezieht. Der geltend gemachte Ueberweisungsanspruch auf Grund des § 25 GUVG. ist deshalb auch sachlich unbegründet.

Gegenüber der Haftung des Unternehmers aus § 136 GUVG. (§ 903 ff. RVO.) kommt mitwirkendes Verschulden des Verletzten nicht in Betracht.

Entscheidung des **Reichsgerichts**, 4. Zivilsenat, vom 19. Juni 1913.

Aus den Gründen:

Wie das Reichsgericht in dem Urteile vom 29. Januar 1906 (Entsch. in Zivils. Bd. 62 S. 342) ausgeführt und seitdem in ständiger Rechtsprechung angenommen hat, kommt dem durch § 136 GUVG. der Berufsgenossenschaft verliehenen selbständigen Anspruche gegenüber, abweichend von dem im § 140 geregelten Falle, ein mitwirkendes Verschulden des verletzten Versicherten nicht in Betracht. Zur Begründung des Ersatzanspruchs der Klägerin genügt es daher, wenn überhaupt ein fahrlässiges Verhalten des Beklagten bei der Entstehung des Unfalls mitgewirkt hat, und das eigene Verschulden des L. würde den Ersatzanspruch der Klägerin nur dann ausschließen, wenn dadurch jeder ursächliche Zusammenhang zwischen dem fahrlässigen Verhalten des Beklagten und dem Unfalle als ausgeschlossen anzusehen wäre. Der Zusammenhang in den Ausführungen des Berufungsurteils ergibt aber, daß eine ursächliche Fahrlässigkeit des Beklagten, die in der Duldung dauernder Uebertretung der Unfallverhütungsvorschriften bestanden hätte, überhaupt hat verneint werden sollen . . .

„Betriebsstätte" bei Straßenarbeitern.

Entscheidung des **Bayr. Landesversicherungsamts** vom 6. März 1912.

Matthias O. erlitt am 23. Juni 1911 abends, als er von der Arbeit im Baubetriebe der Distriktsgemeinde P. auf der Distriktsstraße F.—P. heimkehrte, durch einen Sturz vom Fahrrad einen Unfall. O. war nicht ständiger Distriktsstraßenarbeiter, sondern nur solange, als an der bezeichneten Distriktsstraße an einigen Stellen Erweiterungsbauten vorzunehmen waren, beschäftigt; es bildete also nicht die ganze Straßenstrecke für ihn eine einheitliche Betriebsstätte. Als Betriebsstätte kam vielmehr für ihn nur der jeweilige Arbeitsplatz in Betracht; dieser befand sich am Unfalltag und an den vorhergehenden Tagen nicht auf der Teilstrecke, auf welcher ihn der Unfall betroffen hat, sondern auf der zweiten im Umbau begriffenen Teilstrecke. Auf der Strecke, welche er zu durchfahren hatte, wurden Erweiterungsbauten überhaupt nicht ausgeführt. Als O. die Umbaustrecke verlassen hatte, befand er sich nicht mehr im Gefahrenbereiche des für ihn damals in Betracht kommenden Betriebes. Sein Entschädigungsanspuch war daher abzuweisen. (Breithaupt.)

Digitized by Google

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bildet eine Aufrechnung den Gegenstand des Streites, so ist die Revision auch dann zulässig, wenn wegen der Gegenforderung an sich die Revision gemäß § 1696 RVO. ausgeschlossen sein würde. — Erkennt die Versicherungsanstalt den Rentenanspruch an, so hat sie dem Bewerber die Kosten des von ihm gemäß §§ 1251, 1613 RVO. eingereichten ärztlichen Gutachtens zu ersetzen.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 18. April 1913.

Der Kläger hat bei Stellung seines Antrags auf Gewährung der Invalidenrente erklärt, daß er über Geldmittel nicht verfüge und ein ärztliches Gutachten nicht beschaffen könne. Die untere Verwaltungsbehörde hat daraufhin die ärztliche Untersuchung des Klägers veranlaßt. Das Gutachten ist unter Benutzung des von der Beklagten herausgegebenen Vordrucks erstattet worden. Das Honorar hierfür in der mit der Aerztekammer allgemein vereinbarten Höhe von 9 M. hat die Beklagte dem Arzte gezahlt und dem Kläger sodann die Invalidenrente bewilligt. Von den Kosten dieses Gutachtens hat die Beklagte, wie in allen Fällen, den Betrag von 3 M. freiwillig übernommen. Zur Zahlung des Restes von 6 M. hält sie den Kläger auf Grund der §§ 1251, 1613 RVO. für verpflichtet und hat demgemäß in dem über die Rentenbewilligung erteilten berufungsfähigen Bescheid erklärt, daß sie von der bereits fälligen Rente diesen dem Kläger lediglich vorgestreckten Betrag in Abzug bringe. Das Oberversicherungsamt hat auf die lediglich wegen dieser Einbehaltung eingelegte Berufung des Klägers sich der Ansicht der Beklagten angeschlossen und die Berufung zurückgewiesen. Das Reichsversicherungsamt hob die Entscheidung auf Revision des Klägers auf und erkannte nach seinem Antrage. Gründe:

Die Frage der Zulässigkeit der Revision hat das Reichsversicherungsamt bejaht, obschon es sich hier nur um die Erstattung eines im Laufe des Verfahrens entstandenen außergerichtlichen Kostenbetrags handelt. Gleichwohl greift hier § 1696 Nr. 5 RVO. nicht Platz, da hier die Berechtigung der Aufrechnung den Streitgegenstand bildet. Wie bereits in der Revisionsentscheidung 1653 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 1185) ausgeführt worden ist, wird bei dem Streite über die Zulässigkeit der Aufrechnung wegen der besonderen rechtlichen Eigenart dieses Streitgegenstandes die Revision nicht dadurch ausgeschlossen, daß wegen der zur Aufrechnung gestellten Forderung der Beklagten an sich dieses Rechtsmittel unzulässig sein würde. Wird in dem Rentenfestsetzungsbescheide die Einbehaltung eines Rententeils im Wege der Aufrechnung erklärt, so eröffnet sich also stets auch für die Revisionsinstanz ein Nachprüfungsrecht.

In der Sache selbst konnte der Revision der Erfolg nicht versagt werden, weil das angefochtene Urteil auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes beruht. Der von der Vorinstanz angezogene § 119 Nr. 1, § 1613 RVO. trifft den hier allein streitigen Punkt nicht. Daß sich aus § 119 Nr. 1 in Verbindung mit § 1324 a. a. O. die Befugnis des Versicherungsträgers ergibt, gegen den Rentenanspruch des Versicherten einen ihm gewährten Vorschuß aufzurechnen, steht außer Zweifel. Damit ist aber noch nicht über die Berechtigung der Aufrechnung im vorliegenden Falle, nämlich über die Frage entschieden, ob die Beklagte einen Rechtsanspruch auf Rückerstattung des dem Kläger zur Beschaffung des ärztlichen Gutachtens vorgeschossenen Betrags hat. Dieser Anspruch läßt sich auch nicht, wie die Beklagte meint, aus den §§ 1251, 1613 RVO. herleiten. Nach diesen Vorschriften ist es allerdings Sache des Rentenbewerbers, die gesetzlichen Voraussetzungen seines Anspruchs darzutun. Daraus ergibt sich auch, daß er das zur Unterstützung seines Rentenantrags erforderliche ärztliche Gutachten zunächst auf seine Kosten beschaffen muß (Revisionsentscheidung 1261, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1906 S. 430). Keineswegs aber ist hieraus auch zu folgern, daß diese Kosten dem Kläger endgültig zur Last fallen, daß er ihre Erstattung also auch dann nicht von der Beklagten beanspruchen kann, wenn er mit seinem Rentenantrage durchdringt. Dies ist auch nicht der Sinn des Rundschreibens des Reichsversicherungsamts vom 5. November 1900 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1900 S. 826), das lediglich im Hinblick auf die §§ 28, 112 IVG., denen die §§ 1251, 1613 RVO. im wesentlichen entsprechen, gegenüber der abweichenden Ansicht einer Kommunalbehörde die Verpflichtung der Versicherungsanstalten verneint, die Kosten für die ärztlichen Gutachten über Invalidenrentenanwärter „in allen Fällen" zu tragen. Diese Rechtsauffassung ist auch nicht der vom Oberversicherungsamt angezogenen Revisionsentscheidung 1261 zu entnehmen. Dort wird lediglich die Zulässigkeit der Aufrechnung verneint, soweit es sich um den von der Versicherungsanstalt freiwillig zu den Kosten des nach bestimmtem Vordruck erstatteten Gutachtens beigesteuerten Betrag von 3 M. handelte, dessen Rückerstattung hier die Beklagte nicht begehrt. Im übrigen enthält jenes Erkenntnis keinen auch nur mittelbar für die Ansicht der Vorinstanzen verwendbaren Ausspruch. Vielmehr hat das Reichsversicherungsamt auch schon unter früherem Rechte, und zwar bei der im wesentlichen gleichen Rechtslage des § 120 IVG. anerkannt, daß dem Rentenbewerber, der auf seinen Anspruch schon im Fest-

Digitized by Google

stellungsverfahren durchdringt, alle seine zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung gemachten Aufwendungen von der Versicherungsanstalt zu ersetzen sind (zu vgl. Revisionsentscheidung vom 9. November 1912 — Prozeßliste II a 5858/11 —, Arb.-Versorgg. 1913 S. 258). Der für das Berufungsverfahren ausdrücklich in § 21 der Schiedsgerichtsordnung festgelegte Grundsatz, so führte die Begründung aus, daß dem obsiegenden Rentenbewerber aus der sachgemäßen Wahrnehmung seiner Rechte keine Kosten entstehen sollen, erheische eine entsprechende Anwendung auch für das Verfahren vor dem Versicherungsträger (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. I S. 481 Anm. 2 a. E. zu § 71, S. 534 Anm. 8 zu § 89 GUVG., Bd. II S. 620 Anm. 5 zu § 21 der Schiedsgerichtsordnung. Diese Rechtsauffassung, die sich aus dem im Verfahren der Arbeiterversicherung in weitem Umfang durchgeführten Grundsatz der Kostenfreiheit herleitet, behält auch unter dem neuen Rechte ihre Bedeutung. Wenn bei der Neuordnung des Rechtsstoffs ein Ausspruch im Gesetz über die Kostenerstattungspflicht im Verfahren vor dem Versicherungsträger unterblieben ist (zu vgl. § 1670 RVO.), so wird der Grund hierfür in der Reichstagskommission bei der Beratung des späteren § 1613 des Gesetzes dahin abgegebenen Erklärung eines Regierungsvertreters zu finden sein, daß die Versicherungsanstalten die Kosten der von dem Berechtigten beigebrachten Gutachten zu erstatten pflegen, wenn der Antrag Erfolg hat (zu vgl. Kommissionsbericht Sechster Teil S. 128). Nur diese Uebung erklärt es auch, daß die Rechtsfrage sich einer oberstrichterlichen Entscheidung solange entziehen konnte. In der Tat erübrigt sich eine ausdrückliche gesetzliche Regelung. Selbst wenn man den §§ 1251, 1613 RVO. die Bedeutung beilegt — worüber hier nicht zu entscheiden ist —, daß in ihnen eine Ausnahme von dem Grundsatz des Offizialverfahrens gemacht, dem Rentenbewerber also eine dem bürgerlichen Rechtsstreit ähnliche Beweispflicht auferlegt werden sollte, so würde dies gleichwohl ohne Bedeutung sein für die Pflicht des Versicherungsträgers, die dem Rentenbewerber aus der sachgemäßen Wahrnehmung seiner Rechte erwachsenden Kosten in dem Falle zu ersetzen, daß er mit seinem Antrag durchdringt. Denn daß die Beweispflicht nicht das Recht verwirkt, im Falle des Obsiegens vom Gegner den Ersatz der durch die Ausübung dieser Pflicht entstandenen Kosten zu beanspruchen, zeigt der in § 91 ZPO. ausgesprochene Grundsatz, dem § 1670 RVO. nachgebildet ist. Was aber für das Spruchverfahren und ebenso für das weitere instantielle Verfahren gilt (§§ 1679, 1698 a. a. O.), muß ebenso auf das Verfahren vor dem Versicherungsträger Anwendung finden. Sonst würde sich die eigenartige und vom Gesetzgeber sicherlich nicht beabsichtigte Folge ergeben, daß Rentenbewerber, deren Recht schon vom Versicherungsträger anerkannt wird, schlechter gestellt wären als diejenigen, die erst im Rechtsmittelverfahren mit ihren Ansprüchen durchdringen.

Auf den vorliegenden Fall angewandt ergibt diese Rechtsauffassung, daß die Beklagte die Rückerstattung des von ihr — zunächst im Interesse des Klägers — vorgeschossenen Betrags für das ärztliche Gutachten nicht verlangen kann. Die Einholung dieses Gutachtens war nicht nur sachdienlich, sondern sogar notwendig, um das Feststellungsverfahren in Lauf zu setzen. Da somit die Sache spruchreif ist, war auf Grund des § 1715 Abs. 1 Satz 1 RVO. unter Aufhebung der Vorentscheidung dem Antrag des Klägers gemäß zu erkennen.

Bei Berechnung des Höchstbetrags der Hinterbliebenenrenten gemäß § 1294 RVO. ist die durch den Kinderzuschuß erhöhte Invalidenrente (§ 1291 a. a. O.) zugrunde zu legen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. April 1913.

In einer gemäß § 1693 RVO. vom Oberversicherungsamt an das Reichsversicherungsamt abgegebenen Sache hat dieses sich wie folgt ausgesprochen:

Das Reichsversicherungsamt hat sich der Ansicht der Beklagten und des Oberversicherungsamts nicht anzuschließen vermocht. Es hat vielmehr angenommen, daß bei der Berechnung des Höchstbetrags der Waisenrenten gemäß § 1294 Abs. 2 RVO. die Invalidenrente des Verstorbenen mit dem im § 1291 a. a. O. vorgesehenen Kinderzuschusse zugrunde zu legen sei. Hierfür spricht zunächst der Wortlaut und — entgegen der Auffassung des Oberversicherungsamts — auch die Entstehungsgeschichte des Gesetzes. Nach § 1294 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 1 a. a. O. dürfen die Waisenrenten allein zusammen nicht mehr betragen als die Invalidenrente, die der Verstorbene zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte. Unter der Invalidenrente ist aber, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Invalidenrente einschließlich des Kinderzuschusses zu verstehen. Denn dieser bildet nur einen Bestandteil der Invalidenrente. Er ist in dieser Beziehung nicht anders zu behandeln als z. B. der Grundbetrag der Invalidenrente (§ 1288 RVO.), dem er in § 1396 a. a. O. auch insofern gleichgestellt ist, als er ebenfalls zur Gemeinlast der Versicherungsanstalten gehört. Eine ähnliche Anschauung liegt auch bereits der Revisionsentscheidung 1650 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 1183) zugrunde. Denn hier ist die

Digitized by Google

Revision, soweit es sich um die Gewährung des Kinderzuschusses handelt, für unzulässig erklärt worden, weil der Kinderzuschuß gegenüber der Invalidenrente des Versicherten keine besondere Rente darstelle, sondern nur zur Erhöhung der Rente diene, und der Streit um den Zuschuß somit nur die Höhe der Rente betreffe (§ 1696 Nr. 1 RVO.). Ferner ist zu berücksichtigen, daß § 1294 RVO., der den Höchstbetrag der Hinterbliebenenrenten festsetzt, schon im Entwurfe der Reichsversicherungsordnung enthalten war (zu vgl. § 1279 d. Entw.). Hiernach sollte die Höchstgrenze der Hinterblienenrenten das Anderthalbfache oder das Einfache der Invalidenrente betragen, die der Verstorbene zur Zeit seines Todes erhielt oder bei Invalidität erhalten hätte. Dagegen ist die Vorschrift des § 1291 RVO. über die Kinderzuschüsse erst von der Reichstagskommission eingefügt worden (zu vgl. Komm.Ber. 4 S. 102 ff., 112 ff.). Hierdurch ist nach den obigen Darlegungen lediglich die Invalidenrente erhöht worden. Da aber nach § 1279 des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung — ebenso wie jetzt nach § 1294 RVO. — die Höhe der Invalidenrente für die Höchstgrenze der Hinterbliebenenrenten maßgebend war, so ist es nur folgerichtig, daß die Erhöhung der Invalidenrente auch eine Erhöhung des Höchstbetrags der Hinterbliebenenrenten bewirkte. Sodann kommt in Betracht, daß sich die Höhe der einzelnen Waisenrenten, soweit es sich um den Anteil der Versicherungsanstalten handelt, gemäß § 1292 RVO. nur nach dem Grundbetrag und den Steigerungssätzen der Invalidenrente des Verstorbenen richtet. Dabei werden also die Kinderzuschüsse nicht berücksichtigt. Hätte der Gesetzgeber das Gleiche für die Berechnung des Höchstbetrags der Waisenrenten zusammen gewollt, so hätte er eine ähnliche Vorschrift wie im § 1292 a. a. O. treffen müssen (zu vgl. Revisionsentsch. 1697, Amtl. Nachr. 1913 S. 441). Das ist jedoch nicht geschehen; vielmehr bildet den Maßstab für die Berechnung lediglich die Invalidenrente des Verstorbenen ohne Unterscheidung ihrer einzelnen Bestandteile.

Die hier vertretene Ansicht ist auch bei der zweiten Lesung des Entwurfs der Reichsversicherungsordnung im Plenum des Reichstags unwidersprochen geblieben. Der Abgeordnete Dr. Potthoff hatte bei dieser Gelegenheit seine Meinung dahin geäußert, daß für den Höchstbetrag der Hinterbliebenenrenten die Invalidenrente des Verstorbenen einschließlich des Kinderzuschusses maßgebend sein müsse; da dies aber zweifelhaft sei, hatte er angeregt, daß der Berichterstatter der Kommission oder ein Vertreter der verbündeten Regierungen seine Auffassung bestätigen möchten. Das ist allerdings unterblieben; doch hat darauf der Abgeordnete Cuno festgestellt, daß die Ansicht des Abgeordneten Dr. Potthoff unwidersprochen bestätigt worden sei (zu vgl. Verhandlungen des Reichstags, 12. Legisl. II. Sess. 1909/11 S. 6973).

Bei dieser Auffassung verliert allerdings die Vorschrift des § 1294 Abs. 3 RVO. über die Kürzung der Waisenrenten wesentlich an Bedeutung. Denn sie wird nur bei einer verhältnismäßig großen Zahl von Waisen anzuwenden sein. Hierauf kann jedoch gegenüber den oben angegebenen Gründen kein entscheidendes Gewicht gelegt werden. Auch werden freilich bei der hier dargelegten Ansicht die Hinterbliebenen der Versicherten, die den Kinderzuschuß bezogen haben oder bezogen hätten, günstiger gestellt als die Hinterbliebenen solcher Versicherten, deren Renten vor dem 1. Januar 1912 begonnen haben und die somit nach Art. 71 Abs. 3 Einf.Ges. z. RVO. keinen Anspruch auf den Kinderzuschuß haben. Allein auch dieser Umstand kann kein anderes Ergebnis begründen. Denn wenn das Gesetz die Versicherten der ersteren Art durch Gewährung des Kinderzuschusses besser gestellt hat als die Versicherten der letzteren Art, so ist es nicht unbillig, wenn auch die Hinterbliebenen der erstgedachten Versicherten entsprechend besser gestellt werden. Allerdings fallen in solchen Fällen mit dem Tode des Versicherten auch die Aufwendungen für eine Person weg. Das wird aber meist dadurch wieder ausgeglichen werden, daß auch der Verdienst fortfällt, den der Versicherte mit dem Reste seiner Arbeitskraft noch erzielen konnte. Endlich kann auch nicht davon gesprochen werden, daß die Kinderzuschüsse deswegen nicht zu berücksichtigen seien, weil sie durch die Waisenrenten ersetzt würden. Diese stellen sich rechtlich und wirtschaftlich als besondere Leistungen dar, die anders berechnet werden als die Kinderzuschüsse und nach den obigen Darlegungen im Gesetzentwurf auch schon vorgesehen waren, bevor die Einführung des Kinderzuschusses beschlossen war. Demnach kann nicht angenommen werden, daß die Waisenrenten gerade an die Stelle der Kinderzuschüsse treten sollten.

(L.) **Einzugsstellen behalten auch bei Einziehung freiwilliger Beiträge die Eigenschaft öffentlicher Dienststellen. Verantwortlich für den rechtzeitigen Eingang der Beiträge ist der Versicherte.**

Revisionsentscheidung des **Großen Senats des Reichsversicherungsamts** vom 14. Juni 1913.
— II a. 4863/12 —

Die am 28. Oktober 1864 geborene Klägerin ist als selbständige Hausgewerbetreibende (Näherin) am 28. Oktober 1901 in die Versicherung freiwillig eingetreten. Seit Anfang Juni 1911 ist sie unheilbar geisteskrank und dauernd invalide im Sinne des § 5 Abs. 4 IVG., § 1255 Abs. 2 RVO. Ihr Ehemann hat als gericht-

Digitized by Google

lich bestellter Vertreter am 19. September 1911 die Bewilligung der Invalidenrente beantragt. Der Antrag ist von der Versicherungsanstalt abgewiesen worden, weil die Klägerin die 500 Beitragswochen betragende gesetzliche Wartezeit nicht erfüllt habe.

Die Klägerin hatte in 6 Quittungskarten 513 Beiträge nachgewiesen. Die Quittungskarte 6 vom 29. April 1911 enthält 30 Beiträge, von denen die ersten 9 am 22. Mai, die nächsten 13 am 22. August und die letzten 8 am 16. September 1911 entwertet sind. Die Beiträge sind von Anfang an durch die Ortskrankenkasse zu S. eingezogen worden. Dies geschah regelmäßig in vier- bis fünfwöchigen Zwischenräumen in der zweiten Hälfte des Monats für den vorhergehenden Monat. Als die Klägerin geisteskrank wurde, waren nur 496 Beiträge, nämlich die bis April 1911 einschließlich entrichteten, eingezogen. Der Zeitraum vom 28. Oktober 1901 bis 30. April 1911 umfaßt 496 Beitragswochen. Die Einziehung der für den Monat Mai 1911 entrichteten Beiträge ist zwischen dem 15. und 29. Juni 1911 erfolgt. In dem Quittungsbuch der Klägerin ist als Tag der Erhebung der 19. Juni 1911 eingetragen.

Die Versicherungsanstalt schloß die für den Monat Mai im Juni 1911 eingezogenen Beiträge, mit denen die Wartezeit erfüllt sein würde, von der Anrechnung aus, weil die Entrichtung dieser Beiträge erst nach Eintritt der Invalidität erfolgt, also nach Maßgabe der §§ 146 IVG., 1443 RVO. unwirksam sei. Die Berufung der Klägerin ist vom Schiedsgericht mit der gleichen Begründung zurückgewiesen worden.

Das Königlich Sächsische Landesversicherungsamt hielt die Revision für begründet. Die verspätete Abführung der auf den Monat Mai 1911 entfallenden Wochenbeiträge sei lediglich darauf zurückzuführen, daß diese Beiträge von der Ortskrankenkasse zu S. eingezogen worden seien. Die Ortskrankenkasse habe auch bei der Einziehung freiwilliger Beiträge als Organ der Versicherungsanstalt, nicht als Bevollmächtigte der Versicherten zu gelten. Die Versicherungsanstalt müßte daher das bei der Markenverwendung eingeschlagene Verfahren gegen sich gelten lassen und sei nicht berechtigt, einen Einwand daraus herzuleiten, daß die auf den Monat Mai 1911 entfallenden Wochenbeiträge der Klägerin nicht bereits in diesem, sondern erst im nächsten Monat und zwar nach dem Eintritt der dauernden Invalidität eingehoben und verwendet worden seien. Das Sächsische Landesversicherungsamt sah sich aber durch die Revisionsentscheidung 1396 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1909 S. 464) gehindert, dieser Auffassung Folge zu geben. In jener Revisionsentscheidung wurde ausgesprochen: Nach § 148 Abs. 1 und 6 IVG. könne das Einzugsverfahren nur für die Zwangsversicherung, dagegen nicht für die freiwillige Versicherung vorgeschrieben werden. Soweit daher die Einzugsstellen von einem Versicherten mit der Markenverwendung zum Zwecke freiwilliger Versicherung beauftragt würden, gälten sie nicht als Organe der Versicherungsanstalten, sondern lediglich als Bevollmächtigte des Versicherten. Dieser müsse daher einen Verlust der Anwartschaft, der etwa durch Nachlässigkeit der Einzugsstelle entstehe, gegen sich gelten lassen. Das Sächsische Landesversicherungsamt verwies deshalb, unter Berufung auf §§ 1718, 1717 Abs. 1 RVO. in Verbindung mit § 1 Abs. 2 der Bekanntmachung betreffend die amtliche Veröffentlichung grundsätzlicher Entscheidungen des Reichsversicherungsamts vom 30. Dezember 1911, die Sache an den Großen Senat des Reichsversicherungsamts, der die Revision mit folgender Begründung zurückwies:

§ 146 IVG. und § 1443 RVO. enthalten die Vorschrift, daß freiwillige Beiträge nach Eintritt der Invalidität weder nachträglich noch für die weitere Invalidität entrichtet werden dürfen. Das bedeutet, daß nach Eintritt des Versicherungsfalls der Versicherte das Risiko nicht mehr einseitig zu seinen Gunsten verschieben darf.

Die Klägerin hat mit den vor Eintritt der Invalidität entrichteten Beiträgen die gesetzliche Wartezeit nicht erfüllt. Denn entrichtet sind nur 496 Beiträge, während die gesetzliche Wartezeit nach § 28, 29 IVG. und § 1278 RVO. für die freiwillige Versicherung 500 Beitragswochen beträgt.

Das Landesversicherungsamt vertritt nun die Auffassung, daß diese Vorschriften nicht anwendbar seien, weil die Klägerin vor dem Eintritt der Invalidität noch mindestens vier Beiträge hätte entrichten können und daß ihr die Nachentrichtung nicht zum Nachteil gereichen könne, weil die Entrichtung durch Einziehung erfolgt, die einziehende Stelle, die zuständige Ortskrankenkasse, als Organ der Versicherungsanstalt anzusehen sei und die Versicherungsanstalt deshalb aus der verspäteten Einziehung keinen Einwand herleiten dürfe.

Dieser Ansicht hat der Große Senat nicht beitreten können. Ein Hindernis ist freilich nicht in der Revisionsentscheidung 1396 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1909 S. 464) gefunden. Der große Senat hat vielmehr die Ansicht des Königlich Sächsischen Landesversicherungsamts gebilligt, daß an dem in jener Revisionsentscheidung ausgesprochenen Grundsatz nicht festgehalten werden kann.

Aber selbst wenn man es ablehnt, dem freiwillig Versicherten unter allen Umständen allein die Verantwortung aufzubürden, wenn durch die Benutzung des Einzugsverfahrens für ihn Nachteile entstehen, so kann das zu einer der Klägerin günstigeren Entscheidung nicht führen, weil für die Entstehung des Rentenanspruchs die Tatsache der Entrichtung von 500 Beiträgen vor Eintritt der Invalidität maßgebend war, im übrigen aber auch weder der Einzugsstelle noch der Versicherungsanstalt eine Verantwortung dafür aufzuerlegen ist, daß hier die Entrichtung der Beiträge erst nach dem Eintritt der Invalidität erfolgt ist.

Bei der Stellungnahme zu der in der Revisionsentscheidung 1396 erörterten Frage ist folgendes erwogen: Das Einzugsverfahren ist von vornherein nur für die Pflichtversicherung eingeführt worden, um, wie aus der Begründung des Gesetzentwurfs betreffend die Alters- und Invaliditätsversicherung S. 63 hervorgeht, den Arbeitgebern die Sorge für die rechtzeitige Beibringung der Beträge abzunehmen, durch die ihnen eine gewisse Belästigung erwachsen könnte. Das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz enthielt keine Vorschrift darüber, ob und inwieweit das Einzugsverfahren auch für die freiwillige Versicherung

Digitized by Google

Platz zu greifen habe. Tatsächlich erfolgte aber insbesondere durch Krankenkassen auch für ihre freiwillig versicherten Mitglieder vielfach die Einziehung der Beiträge und die Ausstellung und der Umtausch der Quittungskarten. Das Reichsversicherungsamt hat am 14. April 1891 (Bescheid 16, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts, Invaliden- und Altersversicherung 1891 S. 127) aus Anlaß eines Einzelfalles ein Bedenken dagegen nicht erhoben und nur ausgesprochen, daß die Versicherungsanstalten nicht verpflichtet seien, in einem solchen Falle den Krankenkassen die im § 112 Abs. 3 J. u. AVG. erwähnte Vergütung zu gewähren.

Das Invalidenversicherungsgesetz nahm in § 148 Abs. 6 die in § 1452 RVO. übergangene Vorschrift auf: „Für die freiwillige Versicherung (§ 14) kann die Einziehung der Beiträge nicht vorgeschrieben werden."

In der Begr. S. 340 wird dann bemerkt, das schließe nicht aus, daß die Einzugsstellen auch in diesen Fällen die Beiträge einziehen könnten; es solle ihnen nur eine entsprechende Verpflichtung nicht auferlegt werden dürfen.

Wie sich in den Fällen, in denen die Einziehung sich tatsächlich auch auf die freiwilligen Beiträge erstreckt, das Rechtsverhältnis zwischen den Versicherten und der Einzugsstelle und zwischen dieser und der Versicherungsanstalt gestaltet, dafür läßt sich aus den gesetzlichen Vorschriften unmittelbar ein Anhalt nicht gewinnen. Aus dem Umstand, daß die Einziehung nicht vorgeschrieben werden kann, daß also die Versicherungsanstalten nicht gezwungen werden können, sich des Einzugsverfahrens zu bedienen oder es sich gefallen zu lassen, ist noch nicht zu folgern, daß das Einzugsverfahren in solchen Fällen, in denen es tatsächlich in Uebung ist, eine rein private Angelegenheit der Versicherten sei. Kann nun auch die Einziehung freiwilliger Beiträge nicht vorgeschrieben werden, so sind doch Versicherungsanstalten und Einzugsstellen nicht gehindert, eine dahingehende Vereinbarung zu treffen, auch können Versicherungsanstalten eigenen Hebestellen, denen die ganze örtliche Abwicklung des Versicherungsgeschäftes obliegt, auch die Einziehung freiwilliger Beiträge übertragen. Daß in solchen Fällen die Einzugsstellen nicht lediglich als Bevollmächtigte der Versicherten, sondern nicht nur für Rechnung, ja sogar im Auftrage der Versicherungsanstalt die Beiträge entgegennehmen, kann einem begründeten Zweifel nicht unterliegen. Andererseits wird auch in solchen Fällen, wo ein Auftrag der Versicherungsanstalt gegenüber Einzugsstellen nicht vorliegt, nicht ohne weiteres gesagt werden können, daß lediglich eine Vollmacht der Versicherten vorliege. Wenn eine Person freiwillig in die Versicherung eintreten will und sich zu diesem Zweck an eine Einzugsstelle wendet und diese bestimmt, bei ihr die zur Einklebung von Beitragsmarken erforderlichen Beträge zu erheben und die Beitragsmarken zu verwenden, so wird allerdings von einer Vollmacht des Versicherten für die Einzugsstelle gesprochen werden können. Anders würde der Fall schon liegen, wenn eine Person aus einem die Versicherungspflicht begründenden Verhältnis ausscheidet und die Beitragsentrichtung wie bisher im Wege des Einzugsverfahrens fortsetzt. Hier eine Vollmacht des Versicherten anzunehmen, die doch nur auf eine dahingehende stillschweigende Willenserklärung des Versicherten zurückgeführt werden könnte, erscheint kaum angängig. Regelmäßig wird sich der Versicherte nicht zum Bewußtsein bringen, daß sich durch den Wegfall der Versicherungspflicht sein Rechtsverhältnis zur Einzugsstelle und zur Versicherungsanstalt überhaupt verändert haben könnte. Zudem steht dem Versicherten eine Einwirkung auf die Abwicklung des Erhebungsgeschäftes, die Formen und Fristen der Einhebung regelmäßig nicht zu. Die Auffassung der Revisionsentscheidung 1396, die auch in der Revisionsentscheidung 1461 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1910 S. 458) festgehalten ist, daß im Falle freiwilliger Versicherung die Einzugsstellen lediglich als Bevollmächtigte der Versicherten zu gelten hätten, ist also jedenfalls in dieser Allgemeinheit nicht haltbar. Es wird vielmehr auf die Umstände des einzelnen Falles ankommen. Im vorliegenden Fall wird man unbedenklich davon ausgehen können, daß die Ortskrankenkasse nicht als Bevollmächtigte der Klägerin anzusehen war. Die Klägerin ist zwar freiwillig in die Versicherung eingetreten und hat nie Pflichtbeiträge entrichtet, sie hat also den ersten Anstoß zur Einziehung der Beiträge gegeben. Für das Königreich Sachsen bestimmt aber der § 21 der Verordnung zur Ausführung des Invalidenversicherungsgesetzes vom 30. November 1899 (Gesetz und Verordnungsblatt für das Königreich Sachsen 1899 S. 599): „Die Beiträge für freiwillige Versicherung (§§ 14, 145 IVG.) sind von denjenigen Personen, welche sie eingehen, durch Einkleben von Marken selbst zu entrichten, sofern nicht deren Einhebung auf Anmeldung jener Personen von der Einzugsstelle übernommen wird." Diese Bestimmung trägt den Verhältnissen Rechnung, wie sie sich in Gebieten, für die das Einzugsverfahren vorgeschrieben ist, tatsächlich gestaltet haben. Die Einzugsstellen haben in weitem Umfang ihre Tätigkeit nicht nur auf die Einziehung der Pflichtbeiträge beschränkt, für die sie geschaffen sind, sondern auch die freiwilligen Beiträge eingezogen. Der erwähnte § 21 der Verordnung vom 30. November 1899 bezeichnet nun als den Weg, auf dem Versicherte

Digitized by Google

an solche Einzugsstellen, welche die Einziehung freiwilliger Beiträge übernommen haben, die Beiträge entrichten können, die Anmeldung zur Entrichtung freiwilliger Beiträge. Eine solche Anmeldung schafft aber keineswegs, wie in der Revisionsentscheidung 1396 angenommen wurde, ein lediglich nach privatrechtlichen Grundsätzen zu beurteilendes Vollmachtsverhältnis zwischen dem Versicherten und der Einzugsstelle. Ihre gegenseitigen Rechtsbeziehungen haben wesentlich eine öffentlich-rechtliche Grundlage, indem die Einzugsstelle als öffentliche Dienststelle auch bei der Einhebung der freiwilligen Beiträge an der Durchführung der Arbeiterversicherung mitwirkt. Hieraus ergibt sich, daß die Einzugsstellen der Versicherungsanstalt gegenüber, die in Kenntnis dieser besonderen Rechtsverhältnisse sich die Einziehung auch freiwilliger Beiträge gefallen ließ — ein tatsächlicher Zustand, der für sie den Vorteil der Hebung und Sicherung ihrer Beitragseinnahmen umschloß —, bei der Einziehung freiwilliger Beiträge in einem ähnlichen Verhältnisse stehen, wie bei der Einziehung von Pflichtbeiträgen. Auf Grund dieser Verhältnisse war anzuerkennen, daß im Königreich Sachsen auch im Einzugsverfahren erhobene freiwillige Beiträge als mit der Zahlung an die Einzugsstelle vollwirksam entrichtet zu gelten haben, wie das für Pflichtbeiträge das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsprechung angenommen hat (Revisionsentscheidung 1025, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1903 S. 245).

Damit ist aber für den Anspruch der Klägerin nichts gewonnen. Das Gesetz macht den Anspruch auf eine Rente von der Entrichtung und unter gewissen Umständen von der rechtzeitigen Entrichtung der erforderlichen Beiträge abhängig, dergestalt, daß beim Mangel des Nachweises solcher Entrichtung ein Rentenanspruch nicht besteht. Von diesem Erfordernis ist auch für den Fall des Einzugsverfahrens keine Ausnahme gemacht (Revisionsentscheidung 1025 a. a. O.). Wenn daher das Einzugsorgan die Einziehung, sei es aus Rechtsirrtum, sei es aus Nachlässigkeit versäumt, so kann der Versicherte vielleicht auf Nachholung des Versäumten dringen, niemals aber beanspruchen, daß im Rentenfestsetzungsverfahren tatsächlich nicht oder nicht rechtzeitig entrichtete Beiträge als entrichtet oder als rechtzeitig entrichtet angesehen werden. Im vorliegenden Falle trifft aber die Einzugsstelle nicht einmal ein Vorwurf bei der Abwicklung des Einziehungsgeschäfts. Die angezogene Königlich Sächsische Verordnung vom 30. November 1899 bestimmt in § 24 Abs. 3: „Im allgemeinen ist wegen der Bestimmung des § 147 IVG. darauf zu achten, daß die Beiträge vor Ablauf eines Monats nach deren Fälligkeit eingezogen usw. werden" und das Reichsversicherungsamt hat im Bescheid vom 19. Oktober 1900 (Revisionsentscheidung 866, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1900 S. 842) im Hinblick auf § 147 IVG. die Einziehung in vierwöchentlichen Zeiträumen unheimgestellt.

Die Einziehung der Beiträge durch die Ortskrankenkasse zu S. ist dementsprechend bewirkt. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist von der bezeichneten Kasse die Einziehung der Versicherungsbeiträge in vier- bis fünfwöchigen Fristen regelmäßig in der zweiten Hälfte des Monats für den vorhergehenden Monat erfolgt. Das war den Versicherten bekannt; die Klägerin mußte also damit rechnen, daß die im Monat Mai 1911 für ihre freiwillige Versicherung von ihr anzubietenden Beiträge nicht früher als in der zweiten Hälfte des Monats Juni von ihr erhoben werden würden. Das ist tatsächlich ordnungsmäßig geschehen. Es ist also auch aus rein tatsächlichen Erwägungen ausgeschlossen, die Versicherungsanstalt dafür verantwortlich zu machen, daß die auf den Monat Mai 1911 entfallenden Beiträge der Klägerin nicht bereits in diesem Monat, sondern erst im nächsten und nach Eintritt der Invalidität entrichtet worden sind.

Nun hat aber die Reichsversicherungsordnung, deren Anwendung auf Grund des Art. 79 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung hier in Frage kommen könnte, im § 1444 der Entrichtung der Beiträge gewisse andere Tatsachen gleichgestellt, wenn demnächst die Beiträge in einer angemessenen Frist nachentrichtet werden. Als eine solche Tatsache, die zugunsten der Klägerin in Betracht kommen könnte, führt § 1444 Abs. 1 Nr. 2 an die Bereiterklärung des Versicherten zur Nachentrichtung gegenüber einer zuständigen Stelle. Es war zu erwägen, ob nicht in der Anmeldung der Klägerin zur Entrichtung freiwilliger Beiträge nach Maßgabe des angezogenen § 21 der Sächsischen Verordnung vom 30. November 1899 eine Bereiterklärung im Sinne des § 1444 Abs. 1 Nr. 2 gefunden werden könne. Allein diese Frage war zu verneinen. Aus der Entstehungsgeschichte und aus dem Wortlaut dieser Vorschrift ergibt sich, daß eine allgemeine Bereiterklärung, Beiträge zu entrichten, nicht ausreichen kann, um eine verspätete Entrichtung ausnahmsweise als rechtzeitige zu behandeln.

Nach der Begründung zum § 1426 des Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung S. 430, der unverändert als § 1444 in das Gesetz übergegangen ist, sollten diese Vorschriften die Unzuträglichkeiten beseitigen, die sich aus der zeitlichen Begrenzung der Nachentrichtung bei Beiträgen ergeben. Die hier in Frage stehende Vorschrift des § 1444 Abs. 1 wird empfohlen, „um dem Erlöschen der Anwartschaft in den Fällen möglichst

Digitized by Google

vorzubeugen, in denen es ohne ein erhebliches Verschulden des Versicherten eintreten würde."

Man wird also bei der Vorschrift des § 1444 Abs. 1 Nr. 2 an Fälle zu denken haben, in denen bei einem Arbeitgeber oder Versicherten der Wille zur Nachentrichtung von Beiträgen vor Ablauf der Fristen der §§ 1442 und 1443 RVO. erkennbar in die Erscheinung getreten ist, der Entrichtung aber ein Hindernis entgegenstand, das der Versicherte nicht verschuldet hat. Ein Bereiterklären zur Nachentrichtung wird erfordert, um im Einzelfall eine versäumte Beitragsentrichtung nachzuholen. Eine solche Erklärung kommt hier nicht in Frage. In der im Jahre 1901 erfolgten Anmeldung zum Eintritt in die freiwillige Versicherung und der darin liegenden allgemeinen Bereiterklärung zur Beitragsentrichtung kann eine Bereiterklärung zur Nachentrichtung der Beiträge für den Mai 1911 im Sinne des § 1444 Abs. 1 Nr. 2 nicht gefunden werden.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. Ausführung des § 8 AVG.

Vom 9. Juli 1913 (RGBl. S. 571).

Auf Grund des § 8 AVG. (RGBl. 1911 S. 989) hat der Bundesrat bestimmt:

Versicherungsfrei bleiben

1. vorübergehende Dienstleistungen als Handlungsgehilfe, Gehilfe in Apotheken, Bühnen- oder Orchestermitglied, Lehrer oder Erzieher, wenn sie
   a) von Personen, die überhaupt berufsmäßig keine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung ausüben, nur gelegentlich, insbesondere zur gelegentlichen Aushilfe ausgeführt werden,
   b) von Personen, die sonst berufsmäßig keine die Versicherungspflicht begründende Beschäftigung ausüben, zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt ausgeführt werden. Als geringfügig gilt ein Entgelt, wenn er für den Lebensunterhalt während des Zeitraums, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist;
2. vorübergehende Dienstleistungen von Deutschen, die bei einer amtlichen Vertretung des Reichs oder eines Bundesstaats im Ausland aushilfsweise beschäftigt werden.

Zu § 390 AVG.

Entscheidungen des **Rentenausschusses Berlin** (Auszug aus „Angestelltenversicherung" 1913 Nr. 10.)

Eine Nachversicherung begründet auch dann die Befreiung vor der eigenen Beitragsleistung, wenn sie als Fortsetzung einer vor dem 5. Dezember 1911 geschlossenen Versicherung bei derselben Gesellschaft in der Weise abgeschlossen ist, daß mit dem Abschluß der Nachversicherung die frühere Versicherung als aufgelöst erklärt und die volle Prämienreserve derselben auf die neue Versicherung angerechnet wird. Jedoch ist für den Wegfall der Befreiung im Sinne des § 393 der Ablauftermin der ersten Versicherung maßgebend.

Die Versicherung bei einer ausländischen Gesellschaft kommt nur dann als Grundlage für die Befreiung nach § 390 in Betracht, wenn diese Gesellschaft nachweislich im Inlande zum Geschäftsbetriebe zugelassen ist.

Eine Versicherung, in welcher die Ehefrau des Angestellten Versicherungsnehmerin und Begünstigte ist, ist zur Befreiung des Angestellten von der eigenen Beitragsleistung geeignet. — Verpfändung der Police steht der Befreiung nicht entgegen.

Auf eine vor Inkrafttreten des Gesetzes bereits beendigte Versicherung kann eine Nachversicherung nicht gegründet werden.

Dem Erfordernis des rechtzeitigen Abschlusses des Versicherungsvertrags wird durch die vor dem 5. Dezember 1911 begründete Verpflichtung des Arbeitgebers zur Versicherung seiner Angestellten bei einer bestimmten Versicherung und durch die Verpflichtung der Gesellschaft zur Annahme der Versicherungsanträge dieser Angestellten nicht genügt.

Auch die Risikoversicherung ist zur Befreiung gemäß § 390 RVA. geeignet.

Vereine, die auf Grund des § 103 des Gesetzes vom 12. Mai 1901 eine Versicherungstätigkeit betreiben, sind Lebensversicherungsunternehmungen im Sinne des § 390 AVG.

Eine Versicherung, die am 1. Januar 1913 prämienfrei war, ist zur Befreiung gemäß § 390 AVG. nicht geeignet.

Befreiung der Privatlehrer von der Angestelltenversicherung.

Bekanntmachung d. **Reichskanzlers** vom 18. August 1913. (Zentr. Bl. f. das Deutsche Reich S. 752).

Der Bundesrat hat auf Grund des § 14 Nr. 1, 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte und der

Digitized by Google

§§ 1,2 des Gesetzes vom 22. Juli 1913 über die Angestelltenversicherung der Privatlehrer (RGBl. S. 600)[1]) beschlossen:

Die §§ 9,10 Nr. 1, §§ 11 bis 13 AVG. gelten mit Wirkung vom 1. Januar 1913 ab für

1. Lehrer und Erzieher, die an nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten beschäftigt sind oder privaten Einzelunterricht erteilen, soweit sie bei der Allgemeinen Deutschen Pensionsanstalt für Lehrer und Lehrerinnen in Berlin (gegründet 1875) versichert und soweit ihnen auf Grund der Satzungen dieser Anstalt mindestens die im § 9 des Gesetzes bezeichneten Anwartschaften gewährleistet sind oder sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden;
2. Personen, denen auf Grund früherer Beschäftigung als Lehrer oder Erzieher an nicht öffentlichen Schulen oder Anstalten oder als privaten Einzelunterricht erteilende Lehrer oder Erzieher von der Allgemeinen Deutschen Pensionsanstalt für Lehrer und Lehrerinnen in Berlin Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im Mindestbetrage nach den Sätzen der vom Bundesrate festgesetzten Gehaltsklasse (§ 9) bewilligt sind und daneben eine Anwartschaft auf Hinterbliebenenfürsorge (§ 9) gewährleistet ist.

Grundsätze zu den §§ 1, 2, 10, 17, 170, 365, 374, 388, 391, 394 und 398 AVG. aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt. („Angestelltenversicherung" 1913 S. 208 ff.)

Zu § 391.

Das Direktorium steht nach wie vor auf dem Standpunkt, daß die Bestimmung des § 391 Abs. 1 Satz 1 keine bloße Ordnungsvorschrift enthält (zu vgl. AVN Nr. 7 S. 130). Trotzdem soll aus Zweckmäßigkeits- und Billigkeitsgründen dem Antrage nicht widersprochen werden, wenn er bis zum 31. Dezember 1913 nachgeholt wird, und zwar ohne Unterschied, ob die nachträgliche Stellung auf Unkenntnis des Gesetzes oder anderen Gründen beruht. In allen Fällen muß jedoch die Befreiung mit rückwirkender Kraft vom Eintritt in die Versicherungspflicht an ausgesprochen werden. (Ia 30 649/13.)

Zu § 1.

1. Zu den Angestellten im Sinne des § 1 gehören auch Reichs- und Staatsbeamte und die diesen in den §§ 9 bis 14 gleichgestellten Beamten. (I 34 664/13.)

2. Lageristen, die lediglich mit dem Heraussuchen von Musikalien nach Nummern beschäftigt und nicht als Handlungsgehilfen anzusehen sind, sind nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte nicht versicherungspflichtig. (I 34 664/13.)

3. Mitglieder des Kirchenvorstandes einer katholischen Pfarrgemeinde im Geltungsbereich des Preußischen Gesetzes vom 20. Juni 1875, die das Kirchenrechneramt versehen, sind nach den §§ 7 Abs. 1, 10 des genannten Gesetzes als solche ehrenamtlich tätig und daher insoweit keine Angestellten im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte. (I 8963/13.)

4. In einem kaufmännischen Betriebe angestellte Stenographen und Maschinenschreiber sind als Handlungsgehilfen anzusehen, wenn sie die Stenogramme noch selbständig ausarbeiten und in zur Absendung fertige Geschäftsbriefe umformen, nicht aber, wenn sie das Diktierte lediglich wörtlich in Maschinenschrift wiederzugeben haben, ohne selbständig tätig zu werden.

Versicherungspflichtig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte sind sie aber in beiden Fällen, nur daß die letztgenannte Kategorie die Beschäftigung im Hauptberufe ausüben muß, während dies bei den als Handlungsgehilfen anzusehenden Personen nicht erforderlich ist. (I 15 651/13.)

Zu § 2.

1. Die Extravergütung, die eine Verkäuferin vom Arbeitgeber für die im Geschäft gebrauchte Wäsche erhält, ist dem Jahresarbeitsverdienst nicht zuzurechnen. (I 10 220/13.)

2. Gratifikationen sind bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes, soweit für die Frage der Versicherungspflicht § 1 Abs. 3 in Betracht kommt, grundsätzlich in derjenigen Höhe, in der sie im letzten Jahre bezogen worden sind, anzusetzen. Dieser Ansatz ist solange maßgebend, als neue Beiträge nicht gewährt worden sind. Wird z. B. im Jahre 1913 die Versicherungspflicht geprüft, so kommt hierbei zunächst die Gratifikation aus dem Geschäftsjahr 1912 zum Ansatz; wird aber dann im Jahre 1913 ein neuer Jahresbetrag für die Gratifikation festgesetzt und gewährt, so gilt von dem nächstfälligen Beitrag ab dieser Betrag. (I 21 031/13.)

Zu § 10.

Die Ausbildung für den Schauspielerberuf kann nicht als eine wissenschaftliche Ausbildung im Sinne des § 10 Ziff. 4 AVG. gelten. (I 20 899/13.)

Zu § 17.

Bei Feststellung der Gehaltsklasse zur Beitragsberechnung nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte sind auch diejenigen Bezüge, die für die Leistung des Angestellten kraft des Anstellungsvertrags unmittelbar an dessen Ehefrau entrichtet werden, in Ansatz zu bringen. (I 5285/13.)

Zu § 170.

Bezieht ein Angestellter während einer mili-

[1]) Arb.-Versorgg. S. 666.

Digitized by Google

tärischen Uebung Gehalt fort, so sind auch für die Zeit der Uebung Beiträge zu entrichten. (I 15 135/13.)

Zu § 365.

Als Zuschußkasse kann eine Kasse nur dann in Wirksamkeit treten, wenn sie ihren Mitgliedern mehr gewährt als die reichsgesetzlichen Leistungen. (I 26 180/13.)

Zu § 374/388. Das Versicherungsgesetz für Angestellte bietet keine Handhabe, um Knappschaftsvereine zur Aufnahme aller versicherungspflichtigen Bergangestellten ohne Rücksichtnahme auf deren Gesundheitsverhältnisse zu zwingen. Die Vorschrift des § 374 Abs. 1 AVG. gilt nach § 388 Abs. 3 a. a. O. nicht für Knappschaftsersatzkassen. Hiernach steht den Knappschaftsvereinen im Rahmen der berggesetzlichen Bestimmungen und ihrer Satzungen das Recht der Risikenauswahl zu.

Versicherungspflichtige Angestellte, deren Aufnahme von der Knappschaftsersatzkasse verweigert wurde, sind daher bei der Reichsversicherungsanstalt zu versichern. (I 28 939/13.).

Zu § 394.

1. Der Zeitpunkt des Antrags auf Gestattung der freiwilligen Versicherung kann innerhalb des Jahres 1913 beliebig gewählt werden; es genügt, wenn der Antrag am 31. Dezember 1913 in den Einlauf der Reichsversicherungsanstalt gekommen ist.

2. Beiträge können erst nach Gestattung der freiwilligen Versicherung entrichtet werden.

3. Bei der freiwilligen Versicherung sind die Beiträge spätestens vor Ablauf des Kalenderjahres, für das sie gelten sollen, durch die Post portofrei einzusenden (§§ 394, 201 AVG.). Die Zahlungstermine während des Kalenderjahres stehen im Belieben des freiwillig Versicherten. Im Interesse der Kontenführung ist aber monatliche Entrichtung der Beiträge in der Zeit vom 1. bis 15. jedes Monats erwünscht.

4. Eine Verpflichtung zur Nachzahlung der Beiträge seit 1. Januar 1913 besteht bei der freiwilligen Versicherung nicht. Die Nachzahlung ist aber zulässig, wenn sie noch innerhalb des Jahres 1913 erfolgen kann, d. h. wenn die Versicherung noch in diesem Jahre gestattet wurde. (I 38 703/13.)

Zu § 394 Abs. 2.

Nach § 394 Abs. 2 AVG. freiwillig Versicherten mit einem Einkommen, das 5000 M. übersteigt, kann die Versicherung nur in der höchsten Gehaltsklasse gestattet werden. (I 35 431/13.)

Zu § 398.

Wenn im Falle des § 398 die Beitragszahlung für den Sterbemonat nach § 176 erfolgt ist, so soll der Witwe oder den Hinterbliebenen die Hälfte des Betrages zurückgezahlt werden, ohne daß geprüft wird, ob die Berechnung nach § 177 für den Sterbemonat zu einer anderen Beitragssumme führen würde. (I 41 793/13).

Sprechsaal.

Der Stellenanzeiger für Arbeiterversicherung.

Wir erhalten folgende Zuschrift aus Buchhändlerkreisen:

„Die Arbeiter-Versorgung" hat S. 689, 690 ohne kritische Bemerkungen den Inhalt eines Erlasses des preußischen Handelsministers mitgeteilt, betreffend einen Stellenanzeiger, der vom Oberversicherungsamt Groß-Berlin herausgegeben und dem Ministerialblatt als Beilage beigefügt werden soll.

Die „Volkstümliche Zeitschrift für praktische Arbeiterversicherung", das Organ des Verbandes der Bureauangestellten Deutschlands, knüpft dagegen an die gleiche Mitteilung einige Bemerkungen, in denen es u. a. heißt: Der Verband habe selbst eine kostenlose Stellenvermittlung eingerichtet und sei jederzeit in der Lage, den Krankenkassen geeignete Bewerber zur Verfügung zu stellen. Jedenfalls sei es eigenartig, daß die Regierung, die sich sonst einer Regelung der Arbeitsnachweisfrage ablehnend gegenüberstelle, hier einseitig und ohne Mitwirkung der Beteiligten einen Stellennachweis eröffne, nach dem weder die Kassen noch die Angestellten Verlangen trügen.

Es steht mir nicht zu, die Berechtigung dieses Bedenkens zu beurteilen, aber ich möchte als Buchhändler einen anderen Einwand erheben. Ist es richtig, daß die Behörden das Unternehmen einer einzelnen Verlagsfirma in dieser Weise unter ihren Schutz nehmen, daß sie durch die Verbindung mit dem Amtsblatte das rein private Unternehmen gewissermaßen priviligieren, der Firma zu einer Art von Monopol zu verhelfen suchen und dadurch andere Unternehmungen im freien Wettbewerb beeinträchtigen, namentlich die Fachzeitschriften, welche Anzeigen der fraglichen Art gegen recht mäßige Preise veröffentlichen? Hoffentlich entgeht den Beteiligten wenigstens das nicht, daß der Leserkreis des preußischen Handesministerialblatts sich im wesentlichen auf Preußen und auch hier hauptsächlich auf Behörden beschränkt, während die Fachblätter der Reichsversicherung über das ganze Reich verbreitet sind und gerade von denjenigen besonders eifrig gelesen werden, welche an Stellenangeboten und Nachfragen interessiert sind.

Zur Krankenversicherung der Dienstboten

haben auch die Tageszeitungen manche aufklärende Mitteilungen gebracht. Es sind dabei aber auch manche Irrtümer untergelaufen. So war in den Ausführungen eines Berliner Juristen gesagt: Wenn der Arbeitgeber

Digitized by Google

die Befreiung seiner Dienstboten von der Versicherungspflicht nach §§ 418, 435 RVO. bewirkt und die Dienstboten bei einem Krankenversicherungsvereine versichert, so sei es Sache besonderen Abkommens mit dem Dienstboten, wenn der Arbeitgeber diesen zur anteiligen Tragung der Versicherungsbeiträge heranziehen wolle, und es empfehle sich, ein solches Abkommen schriftlich festzulegen. Das ist irrig. Die Befreiung auf Antrag des Arbeitgebers setzt nach § 418 u. a. voraus, daß der Dienstbote bei Erkrankung einen Rechtsanspruch an den Arbeitgeber auf eine den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertige Unterstützung hat und daß der Arbeitgeber diese volle Unterstützung aus eigenen Mitteln, also namentlich ohne Heranziehung des Dienstboten zu irgendwelchen Beiträgen, deckt (vgl. Begr. S. 152). Eine Abmachung des Arbeitgebers mit dem Dienstboten, wodurch dieser sich gleichwohl zur anteiligen Uebernahme eines Teils der Beiträge zum Krankenversicherungsvereine verpflichtet, ist nach § 139 RVO. (§§ 134, 138 BGB.) nichtig und nach § 140 RVO. sogar strafbar.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Wahrung der Rechte der Angestellten von Krankenkassen,

die infolge der Neuordnung geschlossen oder aufgelöst werden, hat der Verband der Bureauangestellten Deutschlands eine Petition an den Reichstag um Erlaß eines Notgesetzes gerichtet. Es wird auf die schwere Beeinträchtigung hingewiesen, die zahlreiche Angestellte dadurch erleiden, daß ihre Verträge und wohlerworbenen Rechte auf dem im § 302 RVO. und Art. 32 Einf.Ges. bezeichneten Wege zum Ablauf gebracht werden müssen. Selbst wohlerworbene Rechte von Invaliden, Witwen und Waisen seien in höchster Gefahr. Daran schließt sich folgende Ausführung:

„Daß trotz der entgegenstehenden gesetzlichen Bestimmungen die Angestellten der geschlossenen Ortskrankenkassen zu alledem auch ein moralisches Recht auf Weiterbeschäftigung bei der Ortskrankenkasse haben, die die Mitglieder der geschlossenen Kasse aufnimmt, kann auch nicht mehr verneint werden, nachdem das Preußische Ministerium für Handel und Gewerbe mit Erlaß vom 15. Januar 1913 die Versicherungsämter ersucht hat, in geeigneter Form auf die demnächst zu wählenden Vorstände der neuen Krankenkassen einzuwirken, damit sie Beamte, die für die Verwendung bei der neuen Kassenverwaltung geeignet sind, weiter verwenden; insbesondere würde, so heißt es im Erlaß weiter, es nicht der Billigkeit entsprechen, wenn bei dieser Gelegenheit alte verdiente Beamte ausgeschlossen würden, um durch Einstellung jüngerer Arbeitskräfte die Verwaltungskosten zu ermäßigen. Nachdem unter dem Eindrucke der durch die fraglichen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung herbeigeführten Schäden von landesbehördlicher Stelle das moralische Recht der Angestellten geschlossener Kassen auf Weiterbeschäftigung in den neuen Kassen anerkannt werden mußte, kann auch die Gesetzgebung sich nicht länger der Notwendigkeit verschließen, die gesetzlichen Bestimmungen dahin abzuändern, daß mindestens die bei der jetzigen Reorganisation vorhandenen Angestellten ohne Rücksicht darauf, ob die Zentralisation der Ortskrankenkassen auf dem Wege der Vereinigung oder der Auflösung bzw. Schließung zustande kommt, gleichermaßen behandelt werden nach dem in § 290 RVO. festgelegten Grundsätze.

Die Sicherstellung der Ansprüche pensionierter Angestellten bezw. von Hinterbliebenen kann auf dem gleichen Wege erreicht werden, indem der neuen Kasse diese Verbindlichkeiten auferlegt werden. In der Regel ist die neue Kasse durch das ihr zufließende Kassenvermögen völlig gedeckt. Daß das ausnahmsweise einmal nicht der Fall sein kann, ist kein Grund gegen solche gesetzliche Sicherstellung, weil ja auch die geschlossene Kasse nach dem bisherigen Gesetz ihre laufenden Einnahmen für solche Rentenzahlungen verwenden mußte. Diese Sachlage würde somit für die neue Kasse, die künftig die Einnahmen der geschlossenen Kasse empfängt, durchaus die gleiche bleiben.

Aus allen diesen Gründen richten wir namens der Ortskrankenkassenangestellten an die Gesetzgebung die ergebene Bitte,

> durch ein Notgesetz festzulegen, daß der § 290 RVO. auch für die Angestellten solcher Ortskrankenkassen anzuwenden ist, die infolge des Inkrafttretens der Reichsversicherungsordnung geschlossen oder aufgelöst werden; und ferner, die Rentenbezüge der pensionierten Angestellten und Hinterbliebenen in der hier vorgeschlagenen Weise sicherzustellen."

Wir wünschen der Petition den besten Erfolg und möchten nur folgendes bemerken:

Im ersten Teile des Antrags würde sachgemäßer statt des § 290 der § 305 RVO. anzuziehen sein, der ja die Anwendung des § 290 einschließt, aber in erster Linie noch die Haftung des Gemeindeverbandes feststellt.

Was den zweiten Teil betrifft, so ergibt sich aus der Begründung der Petition, wie auch aus an uns gerichteten Anfragen, daß manche Kassen meinen, es könnten auch die Bezugsrechte der bereits pensionierten Angestellten und gar auch der Hinterbliebenen gemäß § 302 RVO. und Art. 32 Einf.Ges. zum Ablauf gebracht werden. Das ist ein schlimmer, offenkundiger Irrtum, da jene Vorschriften auf Lösung noch bestehender Vertragsverhältnisse abzielen, während es sich bei Pensions- und Hinterbliebenenbezügen um Rechte handelt, die aus bereits gelösten Vertragsverhältnissen erwachsen sind. Diese Rechte werden durch die Schließung oder Auflösung der Kasse an sich nicht berührt. Die Bezugsberechtigten haben, wie andere Gläubiger, ihre Ansprüche nach § 301 RVO. geltend zu machen, und der Liquidationsvorstand hat sie sicherzustellen — soweit das Vermögen der Kasse reicht. Nur wo es nicht ausreicht, hätte die in der Petition vorgeschlagene Regelung einzutreten. Nur ist es nicht ganz richtig, immer von der „neuen Kasse" zu reden, statt von denjenigen Kassen, zu denen die Mitglieder übergehen. Das können mehrere sein!

Ausschußwahl nach Abteilungen bei Krankenkassen.

Hierüber enthält Nr. 7 der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestellten-Versicherung Ausführungen von Amtsgerichtsrat Hahn, denen wir auszugsweise folgendes entnehmen:

Digitized by Google

Für die Ortskrankenkassen ermächtigt § 334 Abs. 2 RVO. die Satzung ausdrücklich, zu bestimmen, daß zum Ausschuß nach Bezirken oder Berufsgruppen gewählt wird. Für die Betriebskrankenkassen und für die Innungskrankenkassen ist in §§ 339, 341 vom § 334 zwar Abs. 1, nicht aber Abs. 2 als anwendbar bezeichnet. Jetzt ist streitig geworden, ob gleichwohl die Bildung von Wahlabteilungen auch für diese anderen Kassen zulässig ist. Der Verfasser bejaht die Frage. Im Krankenversicherungsgesetz war die Bildung von Abteilungen für die Wahl zur Generalversammlung überhaupt nicht erwähnt. Dennoch wurde sie sowohl bei Orts- wie bei Betriebskrankenkassen für zulässig erachtet und in den alten Musterstatuten vorgesehen, für Ortskrankenkassen in § 51 B und für Betriebskrankenkassen in § 30; an beiden Stellen ist in Anmerkungen hervorgehoben, daß sich die Wahl in Abteilungen bei Kassen größeren Umfanges zur Erleichterung des Wahlakts, zur Vermeidung der Schwierigkeiten, die mit der Wahl durch die Gesamtheit der Wahlberechtigten verbunden sind, empfiehle. Satzungen, welche diese Art der Wahl vorsahen, sind denn auch in großer Zahl unbedenklich genehmigt worden (siehe über einige praktische Fälle: Arb.-Versorgg. 1910 S. 851 Ziff. 3, 1911 S. 23 Ziff. 8, S. 167 Ziff. 7). Ein innerer Grund, diese den Bedürfnissen Rechnung tragende Praxis bei Betriebs- und Innungskrankenkassen zu mißbilligen, lag für die Reichsversicherungsordnung nicht vor. Deshalb kann der wahrscheinlich nur versehentlichen Nichterwähnung des Abs. 2 des § 334 in §§ 339, 341 keinesfalls die Bedeutung eines Verbots, sondern nur des Mangels einer ausdrücklichen Zulassung der Wahl in Abteilungen beigemessen werden; und es entsteht daher die Frage, ob das, was in § 334 Abs. 2 für Ortskrankenkassen für statthaft erklärt ist, aus allgemeinen Grundsätzen auch für andere Krankenkassen als zulässig herzuleiten ist. Dies bejaht der Verfasser auf Grund des § 323. Die Satzung darf auch das Wahlverfahren näher regeln, soweit nicht zwingende Vorschriften des Gesetzes entgegenstehen. Ein ausdrückliches Verbot der Wahl in Abteilungen liegt, wie erwähnt, für keine Kassenart vor. Es kommt deshalb nur noch darauf an, ob etwa diese Art des Wahlverfahrens mit allgemeinen Grundsätzen unvereinbar erscheint, soweit das Gesetz sie nicht ausdrücklich zuläßt. Solche Grundsätze sind die Geheimheit der Wahl und die Gleichheit des Wahlrechts. Mit beiden ist die Wahl in Abteilungen nicht unverträglich; es ist Sache der Durchführung, die Geheimheit und die Gleichheit zu wahren, was bei Abteilungswahlen so gut wie bei Gesamtwahlen möglich. Hinsichtlich der Gleichheit des Wahlrechts wird beispielsweise erwähnt, daß es unzulässig sein würde, etwa drei Abteilungen so zu bilden, daß jede, ohne Rücksicht auf die Zahl der ihr angehörenden Versicherten, ein Drittel der Ausschußmitglieder zu wählen hätte. Würden aber jene beiden Grundsätze gewahrt, so stehe auch bei Betriebs- und Innungskrankenkassen der Bildung von Abteilungen nichts entgegen.

Zur Unterstützung wird noch auf § 21 Abs. 3 des aufgehobenen Hilfskassengesetzes hingewiesen: „Soll die Wahl der Abgeordneten (nämlich zur Generalversammlung) von den Mitgliedern nach Abteilungen vorgenommen werden, so muß die Bildung der Wahlabteilungen und die Verteilung der Abgeordneten auf dieselben durch das Statut erfolgen.“ Ersichtlich ist nach dieser Fassung die Wahl nach Abteilungen ohne weiteres als zulässig vorausgesetzt; es sollen nur Satzungsvorschriften verhütet werden, „nach denen es in der Hand des Vorstandes liegen würde, die Zusammensetzung der Generalversammlung durch die Abgrenzung der Wahlkreise und die Verteilung der Abgeordneten auf dieselben zu beeinflussen oder die Grundlagen derselben für jede neue Generalversammlung willkürlich abzuändern“ (Motive zur Novelle von 1884 S. 15). Dies muß nach dem Ausgeführten auch für das Recht der Reichsversicherungsordnung gelten: Die Satzung muß die Bildung der Abteilungen allgemein so regeln, daß Willkür der Kassenverwaltung, insbesondere eine Beeinträchtigung des gleichen Wahlrechts, ausgeschlossen wird.

Praktisch würde übrigens bei räumlich ausgedehntem Kassenbereiche — man denke z. B. an die Kassen für große Bezirke von Reichs- oder Staatsbetrieben! — gerade die Gesamtwahl, im Gegensatze zur Wahl nach örtlichen Abteilungen, oft zu einer tatsächlichen Verkümmerung des gleichen Wahlrechts der Versicherten führen, weil viele den Aufwand für die weite Reise nicht ohne empfindliches Opfer aufbringen und daher an der Wahl nicht teilnehmen könnten. Die vom Orte der Wahl weit entfernt Wohnenden wären daher gegenüber den nahe Wohnenden in ihrem Wahlrecht zwar nicht rechtlich, aber doch tatsächlich benachteiligt.

Heilverfahrensanträge von Personen, die nach dem Invalidenversicherungsgesetz und dem Angestelltenversicherungsgesetz versichert sind.

Die Landesversicherungsanstalten haben in erster Linie ein Interesse daran, Heilverfahren an Versicherte zu bewilligen, die zugleich der Angestelltenversicherung unterliegen. Für die letztere kommen Ruhegeld und Renten erst nach Ablauf einer längeren Wartezeit in Frage (§ 48 AVG.), während bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Wartezeit zum Bezuge der Versicherungsleistungen in der Regel zurückgelegt ist. Hierzu kommt, daß die Versicherten, die zugleich der Angestelltenversicherung unterliegen, bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung durchweg in den höheren Lohnklassen versichert sind und höhere Beiträge entrichten als die übrigen Versicherten.

Ferner ist der Nachweis der Erwerbsunfähigkeit bei den höher gelohnten Angestellten schwieriger als bei den Arbeitern, auch dürfte bei ihnen die Invaliditätsgefahr geringer sein. Sie belasten daher die Landesversicherungsanstalten durch Renten verhältnismäßig weniger als die Arbeiter. Weiter kommt in Betracht, daß ihnen die in der Beitragsleistung an die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung eingeschlossenen Anteile für das Heilverfahren völlig verloren gehen, wenn man ihnen die Gewährung dieser Leistungen versagt.

Aus diesen Gründen hat das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte eine Landesversicherungsanstalt ersucht, in Zukunft zur Vermeidung von Verzögerungen die dort eingehenden Heilverfahrensanträge so zu behandeln wie vor Inkrafttreten der Angestelltenversicherung und nur solche Anträge an die Reichsversicherungsanstalt abzugeben, die für die Landesversicherungsanstalt nicht geeignet erscheinen.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

a) § 18 gilt auch für den Ausschuß einer Krankenkasse. b) Unbefugte Offenbarung von Lohnverhältnissen durch Kassenorgane ist nach § 142 strafbar. c) Der Vorstand kann in einem Vorschlage für die Neuwahl sich selbst aufstellen.

1. Nach Swinemünde. Antwort: a) Die §§ 12 ff. RVO. beziehen sich auf die Organe der Versicherungsträger schlechthin, also auch auf den Ausschuß der Krankenkassen. Dies gilt auch von § 18. Es ist daher irrig, wenn Hahn am Schlusse der Anm. 2 zu § 18 bemerkt, daß gegenüber einem Mitgliede des Ausschusses Strafbefugnisse aus § 18 nicht zustehen. Für § 19 trifft dies zu, und es ist zu vermuten, daß die Bemerkung hierher gehörte und nur versehentlich an die falsche Stelle geraten ist.

b) Die Bemerkung bei Hahn in Anm. 1 (am Schlusse) zu § 142 RVO. haben Sie mißverstanden. Sie sagt nicht, daß § 142 die Krankenkassen nicht betrifft, sondern nur, daß bei diesen die Anwendung sich auf den im § 141 bezeichneten Personenkreis beschränkt; denn die außerdem im § 142 bezeichneten und durch die Anziehung der §§ 880, 1000 Abs. 2, 1023 Abs. 1 gekennzeichneten Personen kommen doch nur für die Unfallversicherung in Frage. Selbstverständlich können also auch Organmitglieder oder Angestellte der Krankenkasse nach § 142 strafbar werden, wenn sie geheim zu haltende Lohnverhältnisse unbefugt offenbaren, wie sich aus Anm. 2 bei Hahn ergibt.

c) Selbstverständlich kann der Kassenvorstand, wenn er einen eigenen Wahlvorschlag für die Vorstandswahl macht (§ 25 mit § 7 Abs. 1 der Musterwahlordnung), sich selbst aufstellen. Der § 23 Abs. 3 RVO. (§ 69 Abs. 2, § 82 Abs. 6 der Wahlordnung) steht nicht. Denn ein „Privatinteresse" der Vorstandsmitglieder kommt hierbei nicht in Frage, auch nicht im Hinblick auf die ihnen nach § 21 RVO. zustehenden Vergütungen, die sich doch nur als Aufwandsausgleich, nicht als Profit darstellen.

Anspruch auf Krankengeld bei einem von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gewährten Heilverfahren?

2. Nach Tilsit. Frage: In letzter Zeit sind seitens der Angestelltenversicherung drei Mitglieder in Kurorte geschickt, ohne daß dieselben von einem unserer Kassenärzte als erwerbsunfähig erachtet worden sind und bis zum Tage der Ueberweisung in eine Kuranstalt ihrem Berufe nachgegangen waren. Sind die Kassen verpflichtet, in solchen Fällen den betreffenden Mitgliedern die Unterstützung für Erwerbsunfähigkeit zu zahlen, sofern der Arzt des betreffenden Kurortes ein diesbezügliches Attest ausstellt. Wir sind der Ansicht, daß es sich meistenteils um eine vorbeugende Maßnahme handelt, um eine vorzeitige Inanspruchnahme der Angestelltenversicherung nach Ablauf der Karenzzeit zu verhüten.

Antwort: Es ist im Einzelfalle Sache der (in erster Reihe) ärztlichen Feststellung, ob es sich um eine rein vorbeugende Maßnahme handelt oder ob der Angestellte schon gegenwärtig nicht ohne Gefahr der Verschlimmerung einer bereits bestehenden Krankheit seine Erwerbstätigkeit fortsetzen konnte. Letzteres könnte selbstverständlich auch dann zutreffen, wenn er bis zur Aufnahme in die Heilanstalt tatsächlich noch seinem Berufe nachgegangen ist. Trifft es zu, so muß die Kasse ihm Krankengeld zahlen. Ein Ersatzanspruch der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, wie nach § 1518 RVO., besteht nach § 43 AVG. nicht.

Stellung von Personen, die Dienstboten beschäftigen, bei Wahlen und bei der Bestellung des Vorsitzenden.

3. Nach Wiesbaden. Antwort: a) Was Sie gegen die Ansicht von Helms in Arb.-Versorgg. 1913 S. 603 vorbringen, ist irrig. Der Gesellschafter, der namens einer Handelsgesellschaft Wahlrechte ausübt, tut dies nicht als „Beauftragter" der Firma, sondern ist wie der andere Gesellschafter unmittelbar und selbst Arbeitgeber. Es ist nur eine innere Angelegenheit der Gesellschafter, wie sie das ihnen gemeinschaftlich zustehende Wahlrecht ausüben wollen. Die Angestellten der Gesellschaft werden von jedem der Gesellschafter beschäftigt, und wenn der eine der Gesellschafter, der in dieser Eigenschaft an der Wahl teilnimmt, neben jenen Angestellten noch Dienstboten beschäftigt, so sind diese jenen anderen hinzuzurechnen, so daß sich gegebenenfalls seine nach § 79 Abs. 3 der Mustersatzung zu bemessende Stimmenzahl nicht erhöht, wenn die Zahl der Beschäftigten zusammen nicht die vorgesehene Stufe von 10 (oder 20 usw.) überschreitet.

b) Ebenso irrig ist, was Sie gegen die Bemerkungen von Helms S. 602 zu § 329 Abs. 2 RVO. einwenden. Wer nur Dienstboten beschäftigt, gilt nach Abs. 3 nicht als Arbeitgeber im Sinne des Abs. 2. Folglich kann er als Vertreter des Vorsitzenden selbst dann bestellt werden, wenn die Arbeitnehmer widersprechen; anderseits aber kommt allerdings auch sein Widerspruch in der Gruppe der Arbeitgeber nicht in Betracht, wenn es sich um die Bestellung eines Arbeitnehmers zum Vertreter des Vorsitzenden handelt.

a) Wahlrechte der Ehefrau wegen der im ehelichen Haushalte beschäftigten Dienstboten. b) Ständige oder unständige Beschäftigung von Putzfrauen usw.

4. Nach Düsseldorf. Antwort: a) Es kommt nicht § 1356 BGB. in Betracht, der sich nur auf das innere Verhältnis der Eheleute im gemeinschaftlichen Hauswesen bezieht, sondern § 1357 BGB., der die Wirkung nach außen betrifft. Danach aber handelt die Frau, wenn sie Dienstboten für den ehelichen Haushalt annimmt und beschäftigt, nur kraft ihres Rechtes, „innerhalb ihres häuslichen Wirkungskreises die Geschäfte des Mannes für ihn zu besorgen und ihn zu vertreten". Nur der Mann ist daher als Arbeitgeber der Dienstboten anzusehen und als solcher (aktiv) wahlberechtigt. Dagegen kann die Frau insoweit als gesetzlich berufene Geschäfts-

Digitized by Google

führerin des Mannes gelten und daher nach § 13 Abs. 2 RVO. zu den Organen der Krankenkassen gewählt werden (passives Wahlrecht).

b) Wasch- und Putzfrauen und ähnlich Beschäftigte sind unständige Arbeiter, wenn ihre Beschäftigung bei demselben Arbeitgeber nicht mindestens regelmäßig einmal in der Woche stattfindet (vgl. Entsch. des Bayr. OVG. in Arb.-Versorgg. 1913 S. 253). Findet aber die Beschäftigung mindestens einmal in der Woche statt, so liegt ein ständiges, die Pausen überdauerndes Beschäftigungsverhältnis auch nur dann vor, wenn nach den Umständen des Falles anzunehmen ist, daß die Arbeiterin auch in der Zwischenzeit zur Verfügung des Arbeitgebers im Bedarfsfalle steht (vgl. Entsch. des Preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 29 S. 61).

Befreiung der bei privaten Versicherungsunternehmungen Beschäftigten von der Krankenversicherungspflicht.

5. Nach Berlin. Antwort: Unter den Voraussetzungen des § 171 RVO. können auch die bei „nichtöffentlichen Körperschaften" Beschäftigten für versicherungsfrei erklärt werden. Solche Körperschaften sind auch die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, weil sie kraft Gesetzes juristische Personen sind (§ 15 des Ges. über die priv. Versicherungsunternehmern.) sowie andere private, in der Form der Aktiengesellschaft betriebene Unternehmungen, weil auch diese nach dem Gesetze selbständige Rechtspersönlichkeiten darstellen (§§ 111, 164 HGB.). Vgl. Hahn, Handb. der Krankenverf. Anm. zu § 171 S. 189.

a) Bekanntmachung der Vorstandswahlen. b) Amtszeit des Ausschußvorsitzenden.

6. Nach Bochum. Frage: a) § 24 der Wahlordnung enthält die Bestimmung, daß allen Vertretern im Ausschuß Ort und Zeit der Vorstandswahl spätestens sechs Wochen vor der Wahl mitzuteilen ist. Weiter ist im § 91 unserer Satzungen gesagt, daß alle Bekanntmachungen, welche die Kasse betreffen, insbesondere die Einladungen zur Wahl und zu den Ausschußsitzungen usw. in einer hiesigen Zeitung erlassen werden müssen. Wir sind nun im Zweifel darüber, ob außer der schriftlichen Mitteilung, die den Vertretern zugeht, auch noch eine öffentliche Bekanntmachung durch die Zeitung erforderlich ist.

b) § 74 unserer Satzungen lautet wörtlich: „Der Ausschuß wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden mit einfacher Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet das Los." Aus dieser Bestimmung geht nicht hervor, ob die Wahl des Vorsitzenden in der ersten Ausschußsitzung sogleich auf vier Jahre erfolgt, oder ob in jeder Ausschußsitzung ein neuer Vorsitzender zu wählen ist.

Antwort: a) Nach den für Ihre Kasse geltenden Bestimmungen, § 24 der Wahlordnung und § 91 der Satzung, muß die Mitteilung von den Vorstandswahlen sowohl den Ausschußvertretern persönlich, wie auch allgemein durch öffentliche Bekanntmachung in der Zeitung gemacht werden.

b) An sich hat die Satzung der Amtsdauer des Ausschußvorsitzenden zu bestimmen. Tut sie das nicht ausdrücklich, so ist anzunehmen, daß er auf dieselbe Zeit gewählt werden solle, wie der Ausschuß selbst, also auf vier Jahre. Eine Wahl für jede Sitzung stattfinden zu lassen, wäre unzweckmäßig.

Wählbarkeit von Geschäftsführern und Betriebsbeamten nach § 13 Abs. 2 RVO.

7. Nach Sobernheim. Antwort: Die Worte „Geschäftsführer und Betriebsbeamte" in § 13 Abs. 2 RVO. lehnen sich an § 38 a Abs. 2 Satz 1 KVG. an, der auf dem Gedanken beruht, daß „die gedachten Personen den Verhältnissen, welche bei der Verwaltung der Kasse in Betracht kommen, häufig näher stehen, als die Arbeitgeber selbst" Motive 1892 S. 52). Betriebsbeamte sind die zur Leitung oder Beaufsichtigung des Betriebes oder der Arbeiter angenommenen Personen. (Näheres bei Hahn, Handb. der Krankenverf. S. 169 Anm. 11 zu § 165 RVO.). Geschäftsführer aber sind nicht nur die in „Betrieben", sondern z. B. auch die im Staats-, Gemeinde- oder sonstigem Korporationsdienst oder auch in Privatdiensten beschaftigten Personen, welche mit der Führung eines, wenngleich begrenzten Kreises von Geschäften für den Arbeitgeber betraut sind. Auf weitgehende Vollmachten kommt es dabei nicht an. Der Kassenführer, Buchhalter, Korrespondent eines Werks, eines Handelsgeschäftes, eines Vereins, die Hausdame, welche in einem Haushalt mit mehreren Dienstboten die Oberaufsicht führt, usw. werden nach dem Wortsinn und dem Zwecke des § 13 Abs. 2 wählbar sein, wenn ihre Stellung wenigstens insoweit eine gehobene ist, daß sie in ihrem Aufgabenkreise anderen gegenüber als „Geschäftsführer" des Arbeitgebers, also als seine Vertreter erscheinen.

Abnahme der Jahresrechnung bei Vereinigung, Schließung und Auflösung von Krankenkassen.

8. Nach Mülhausen. Antwort: Bei der Vereinigung von Krankenkassen gehen die Rechte und Pflichten der aufgenommenen Kasse auf die aufnehmende über (§ 288 RVO.). Es würde also Sache der Organe der vereinigten Kasse sein, die Rechnung für 1913 aufzustellen und zu prüfen. Wir vermuten aber, daß es sich gar nicht um „Vereinigung" im Sinne der Reichsversicherungsordnung handelt, da die Reichsversicherungsordnung zwar die Vereinigung mehrerer allgemeiner Ortskrankenkassen zuläßt (§ 265), solche allgemeine Ortskrankenkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung aber doch noch nicht bestehen. Vermutlich handelt es sich um Schließung der beiden Kassen, und Errichtung einer neuen allgemeinen Ortskrankenkasse für den gemeinsamen Bezirk. Dann haben die Vorstände der geschlossenen Kasse noch die Geschäfte abzuwickeln (§ 301), und dazu gehört auch die Legung der Rechnung für 1913. Die Abnahme der Rechnung aber kann nicht mehr durch die Generalversammlungen erfolgen, da diese über den 31. Dezember 1913 nicht mehr bestehen. Anderseits kommt auch nicht die Abnahme der Rechnung durch den Ausschuß der neuen allgemeinen Ortskrankenkasse (§ 345 Abs. 2 Ziff. 2); denn diese ist nicht Rechtsnachfolgerin der geschlossenen Kassen. Vielmehr wird deren Restvermögen lediglich durch das Versicherungsamt der allgemeinen Ortskrankenkasse zugewiesen (§ 303). Deshalb nehmen wir an, daß es auch Sache des Versicherungsamts sein wird, die Rechnung abzunehmen.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat **J. Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **K. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **21. November 1913.**

Redaktion:	Nr. 33	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Kritik einer grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts zu § 1681 RVO.

Von **Gustav Hoch**, M. d. R., in Hanau.

In Nr. 9 der Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts vom 15. September 1913 steht auf Seite 599 unter 1737 eine grundsätzliche Entscheidung, die sich auf folgenden Fall bezieht: Die Klägerin hatte in der Berufungsschrift unter anderem beantragt, ein Gutachten von Dr. A. einzuholen, und sich bereit erklärt, die Kosten der Untersuchung zu tragen, wenn Dr. A. sie nicht für invalide halte. Das Schiedsgericht hat dem Antrag nicht stattgegeben, sondern ein Gutachten von Dr. B. eingeholt. Bei diesem war die Klägerin schon vor der Stellung des Antrags auf Invalidenrente vier Monate hindurch auf Kosten der Versicherungsanstalt in Heilbehandlung gewesen. Dr. B. verneinte in seinem Gutachten vom 19. Mai 1912 die Erwerbsunfähigkeit der Klägerin. Bevor das Gutachten beim Schiedsgericht einging, überreichte die Klägerin ein Gutachten des Dr. A. vom 18. Mai 1912, der die Klägerin als anscheinend invalde bezeichnete, zur sicheren Feststellung jedoch ihre Beobachtung in einer medizinischen Klinik empfahl. Das Schiedsgericht wies darauf die Berufung ohne weitere Beweiserhebung zurück.

Die Revision hat u. a. die Verletzung des § 1681 RVO. gerügt.

Dies hat das Reichsversicherungsamt als unberechtigt zurückgewiesen mit der Begründung:

> § 1681 schreibt keineswegs vor, daß das Oberversicherungsamt einen von dem Versicherten benannten Arzt hören müsse, wenn sich der Versicherte zur Tragung der Kosten bereit erkläre. Er bestimmt nur, daß das Oberversicherungsamt, wenn es dem Antrage stattgeben wolle, dem Antragsteller einen Kostenvorschuß auferlegen könne.

Diese Entscheidung stimmt mit dem Wortlaut des § 1681 überein. Denn er besagt: Wenn der Versicherte oder seine Hinterbliebenen beantragen, daß ein bestimmter Arzt gutachtlich gehört werde, kann das Oberversicherungsamt, falls es diesem Antrage stattgeben will, diese Anhörung von der Bedingung abhängig machen, daß der Antragsteller die Kosten vorschießt und, falls das Oberversicherungsamt nicht anders entscheidet, sie endgültig trägt.

Gehen wir aber auf die Entstehungsgeschichte der Bestimmung näher ein, dann sehen wir, daß die Entscheidung des Reichsversicherungsamts unvereinbar ist mit dem, vom Gesetzgeber beabsichtigten Zweck der Bestimmung.

§ 1681 ist von der Reichstagskommission hinzugefügt worden. Er steht im Zusammen-

Digitized by Google

hang mit dem § 1596, der den Versicherten oder deren Hinterbliebenen das Recht gibt, das Versicherungsamt zu veranlassen, das Gutachten eines bestimmten Arztes einzuholen. Die Anregung zu einer derartigen Bestimmung haben die Sozialdemokraten — Hoch, Molkenbuhr, Schmidt (Berlin) — mit folgendem Antrag Nr. 477, 3 gegeben:

> Auf Antrag des Verletzten muß, wenn er die Kosten im voraus entrichtet, ein Gutachten des von dem Verletzten benannten Arztes eingeholt werden. Zu dem Zweck sind die Akten bei der Gemeindebehörde des Wohnortes des Arztes zur Einsicht für den Arzt eine angemessene Zeit auszulegen. Dem Arzt ist hiervon schriftlich Kenntnis zu geben.

Den Antrag habe ich begründet und dabei ausführlich die Notwendigkeit dargelegt, daß nicht nur die Berufsgenossenschaft oder die Versicherungsanstalt die Aerzte bestimmen, die ein Gutachten abgeben, sondern daß auch dem Verletzten oder seiner Hinterbliebenen dieses Recht zustehen muß, wenn sie die Kosten des verlangten Gutachtens auf sich nehmen. Dies geht auch aus dem Bericht der Kommission hervor, in dem — 5. Teil S. 66 u. a. — als Ausführungen des Antragstellers angegeben ist: Alles, was bezweckt wird, ist, dem Arbeiter Gelegenheit zu geben, wenn er die Ueberzeugung gewonnen hat, daß ein neues Gutachten für die Verfolgung seiner Ansprüche richtig ist, ein solches auch zu erhalten.

Das Zentrum stellte einen andern Antrag, der von dem Antrage der Sozialdemokraten nur in Nebensächlichem abwich. In der Begründung dieses Antrages heißt es nach dem Bericht der Kommission 5. Teil S. 64: Auf alle Fälle muß dem ärztlichen Gutachten der Berufsgenossenschaft ein gleichwertiges Gutachten des Verletzten gegenübergestellt werden. Der Verletzte muß seinen eigenen Vertrauensarzt bestimmen; das ist keinesfalls immer der behandelnde Arzt der Krankenkasse.

Die ganze Aussprache drehte sich dann auch darüber, ob es zweckmäßig sei, dem Verletzten oder seinen Hinterbliebenen das Recht auf ein Gutachten ihres Vertrauensarztes zu geben. Schließlich entschied sich die Mehrheit für dieses Recht, indem sie die folgenden Bestimmungen des § 1596 annahm für das Verfahren zwischen dem Bescheid und dem Endbescheid in Unfallversicherungssachen sowie für die Vorbereitung des Bescheids in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung:

> Auf Verlangen des Berechtigten ist in allen Fällen, wenn er die Kosten im voraus entrichtet, ein von ihm bezeichneter Arzt als Gutachter zu vernehmen . . . Ist bei der endgültigen Feststellung auf Grund des neuen Gutachtens eine Rente, die im Bescheide abgewiesen war, gewährt oder die im Bescheide festgestellte Teilrente erhöht worden, so sind dem Berechtigten die Kosten zu erstatten, soweit es angemessen ist.

In dem Abschnitt über das Verfahren vor dem Oberversicherungsamt beantragten die Sozialdemokraten, daß § 1596 entsprechend gelten soll. Auch diesen Antrag habe ich begründet und zwar nach dem Kommissionsbericht — 5. Teil S. 161, 162 — wie folgt:

> Wie wird sich das Verfahren gestalten? Der Rentenempfänger ist mit dem Bescheide der Berufsgenossenschaft nicht zufrieden, verfolgt seine Ansprüche vor dem Versicherungsamt und veranlaßt hier, daß ein Gutachten seines Vertrauensarztes eingeholt wird. Wenn die Berufsgenossenschaft sich mit diesem Urteile zufrieden gibt, ist ein befriedigender Ausgang gesichert; wenn nicht, dann holt die Berufsgenossenschaft ein neues ärztliches Gutachten ein. Weicht dieses Gutachten von dem vorhergehenden Gutachten ab und entscheidet die Berufsgenossenschaft nach dem letzten Gutachten zu Ungunsten des Verletzten, dann ist die Berufung an das Oberversicherungsamt unvermeidlich. Dann muß aber auch vor dem Oberversicherungsamt der Verletzte die Möglichkeit haben, ein neues Gutachten von dem Arzte seiner Wahl einholen zu lassen.

Demgegenüber schlug das Zentrum den jetzigen § 1681 vor. Zur Begründung dieses Antrags führte Abg. Trimborn — Kommissionsbericht 5. Teil S. 162 — aus:

> Hier haben wir es mit einem Gerichte und einem besonderen Verfahren zu tun. Dieses Verfahren kann unnötiger Weise aufgehalten werden, wenn der verletzte Arbeiter jederzeit die Einholung eines Gutachtens von einem Arzte seiner Wahl verlangen kann.

Digitized by Google

Man kann die Einholung eines solchen Gutachtens in das Ermessen des Gerichts stellen. Wir können zu dem Oberversicherungsamt das Vertrauen haben, daß es alle zur Aufklärung der Ansprüche des Verletzten erforderlichen Maßnahmen treffen wird. Wenn in notwendigen Fällen ein Vorsitzender sich einmal weigern sollte, auf Antrag eines Verletzten ein Gutachten einzuholen, so wird sehr bald durch Veröffentlichung in der Presse eine Korrektur geschaffen werden können.

Diese Begründungen lassen keinen Zweifel darüber, was beiden Anträgen gemeinsam ist, und was sie von einander unterscheidet.

Beide Anträge erkennen einen Gegensatz an zwischen den Gutachten der von den Berufsgenossenschaften oder den Versicherungsanstalten ausgewählten Aerzten und den Gutachten, die von dem Vertrauensarzte des Verletzten eingeholt werden. Beide Anträge erkennen ferner die Notwendigkeit an, daß der Verletzte sich durch ein neues Gutachten, seines Vertrauensarztes schützen kann gegen ein neues Gutachten, das die Berufsgenossenschaft oder die Versicherungsanstalt beigebracht hat. Daher wollen beide Anträge dem Verletzten das Recht geben, daß das Oberversicherungsamt gegen ein neues Gutachten, das die Berufsgenossenschaft oder die Versicherungsanstalt vorgelegt hat, ein neues Gutachten des von dem Verletzten bestimmten Arztes beschafft. —

Jedoch forderten die Sozialdemokraten dieses Recht unbedingt, während das Zentrum es nur insoweit zugestehen wollte, wie eine weitere Aufklärung des Sachverhaltes nach dem pflichtgemäßen Ermessen des Oberversicherungsamts zweckmäßig erscheint.

Dieses beschränkte Recht des Verletzten auf ein neues Gutachten seines Vertrauensarztes ist Gesetz geworden. Damit ist festgelegt:

1. daß der Verletzte ein Recht auf das Gutachten seines Vertrauensarztes auch vor dem Oberversicherungsamt hat,
2. daß das Recht beschränkt ist auf die Fälle, in denen eine weitere Aufklärung des Sachverhalts zweckmäßig erscheint.

Ist die Voraussetzung unter 2 erfüllt, dann kann das Oberversicherungsamt nach dem Zweck des § 1681 dem Verletzten nicht das neue Gutachten seines Vertrauensarztes verweigern. Sonst könnte sogar das Gegenteil von dem erreicht werden, wozu § 1681 in das Gesetz eingefügt worden ist: nicht ein Schutz des Verletzten gegen die Gutachten der von der Berufsgenossenschaft oder der Versicherungsanstalt ausgewählten Aerzte sondern eine um so größere Schädigung des Verletzten durch diese Gutachten.

Wie richtig dies ist, sehen wir in dem Fall, mit dem sich das Reichsversicherungsamt zu beschäftigen hatte. Der Arbeiter hielt sich für geschädigt durch das Gutachten, das die Versicherungsanstalt von einem ihrer Aerzte beigebracht hatte. Er wollte den Schutz des § 1681 in Anspruch nehmen. Zu dem Zweck wies er nach, daß der Sachverhalt noch weiter aufgeklärt werden müsse, und beantragte, daß das Oberversicherungsamt ein neues Gutachten von einem bestimmten Arzte einhole, von dem er eine günstige Beurteilung erwartete. Das Oberversicherungsamt erkennt an, daß der Antrag auf weitere Klärung des Sachverhalts berechtigt ist, läßt aber das neue Gutachten erstatten nicht von dem Vertrauensarzte des Versicherten sondern von einem der Aerzte, die die Versicherungsanstalt zur Behandlung der Versicherten ausgewählt hat, von einem Vertrauensarzte der Versicherungsanstalt. Das Oberversicherungsamt holt auf den Hilferuf des Versicherten gegen den Arzt der Versicherungsanstalt noch einen Arzt der Versicherungsanstalt herbei, der dann auch den Anspruch des Versicherten vollends zu Fall bringt.

Sicherlich hat das Oberversicherungsamt sich wegen des neuen Gutachtens an den Arzt der Versicherungsanstalt nur deshalb gewendet, weil es von diesem Arzte eine bessere Aufklärung erwartete als von dem Arzte, den der Versicherte vorgeschlagen hatte. Gerade für diesen Fall berechtigt § 1681 das Oberversicherungsamt, die Kosten des vom Versicherten verletzten Gutachtens vorläufig dem Versicherten aufzuerlegen. Der Versicherte muß also die Gefahr auf sich nehmen, daß die Ausgabe für dieses Gutachten zwecklos ist. Stellt sich dann in der Tat heraus, daß das neue Gutachten nicht die nötige Klärung gebracht hat, dann steht nichts im Wege, daß jetzt, nachdem der Versicherte zu seinem Rechte nach § 1681 gekommen ist, sich das Oberversicherungsamt das Gutachten verschafft,

Digitized by Google

das nach seiner Vermutung die notwendige Klärung bringt.

Demgemäß ist die Auslegung des § 1681 durch das Reichsversicherungsamt nicht richtig. Für die Auslegung muß in erster Linie entscheidend sein, daß die Bestimmung dem Versicherten oder seinen Hinterbliebenen das Recht auf das Gutachten ihres Vertrauensarztes geben soll. Hieraus folgt, daß das Oberversicherungsamt der vom Versicherten oder seinen Hinterbliebenen benannte Arzt hören muß, wenn es eine weitere Klärung des Sachverhalts für zweckmäßig hält.

Zur Auslegung des § 1467 RVO.

Von Regierungsrat **Schlenther** in Breslau.

Der § 1467 RVO. behandelt die Befugnis der Versicherungsanstalten, Ueberwachungsvorschriften zu erlassen und Arbeitgeber wie Versicherte durch Geldstrafen zur Befolgung dieser Vorschriften „anzuhalten". Ueber die Rechtsnatur dieser Strafen sind Zweifel möglich, die im folgenden kurz erörtert werden sollen.

In einem Aufsatze über „Zweifelfragen aus dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" (Arb.-Versorgg. XXX, S. 314 ff.) bespricht Seelmann (S. 317) auch die Strafen aus § 1467 und erklärt sie für Zwangsstrafen, denen eine Androhung vorhergehen müsse. Eine Begründung, weshalb die Strafen Zwangsstrafen seien, ist nicht gegeben. Auch die Kommentare von Hanow und Düttmann halten sie, aber ebenfalls ohne Begründung, für Zwangsstrafen, jedoch sagt Hanow über die Notwendigkeit vorheriger Androhung nichts, während Düttmann — ohne Begründung — Androhung für selbstverständlich hält. Bezüglich des bisherigen Rechts (§ 161 JVG.) vertrat der Kommentar von Gebhard-Düttmann den gleichen Standpunkt, ebenso v. Brauchitsch und Rosin, Recht der Arb.-Vers. Bd. I S. 816 ff., während Isenbart-Spielhagen die Strafen nicht als Zwangsstrafen betrachtet.

Die nicht vom Strafrichter verhängten Strafen lassen sich einteilen in Disziplinar-, Ordnungs- und Zwangsstrafen.

In einem im „Verw.-Arch." (Bd. 21 S. 241 ff.) erschienenen Aufsatze habe ich bereits die Abgrenzung der reinen Disziplinarstrafen von den Ordnungsstrafen zu geben versucht und möchte hier nur hervorheben, daß ich den Wesensunterschied darin erblicke, daß Disziplinarstrafen kraft dienstherrlicher Aufsichtsgewalt, Ordnungsstrafen aber kraft staatlicher Hoheitsgewalt verhängt werden. Eine Abgrenzung der Ordnungsstrafen von den Zwangsstrafen ist dort nicht erfolgt, wenn auch angedeutet.

Die Zwangsstrafen haben mit den Ordnungsstrafen gemeinsam, daß beide unzweifelhaft kraft staatlicher Hoheitsgewalt verhängt werden. Sie unterscheiden sich dadurch, daß die Ordnungsstrafen eine Sühne für vergangene Verfehlungen darstellen sollen, während die Zwangsstrafen eine in der Zukunft liegende Handlung zu erzwingen bestimmt sind (vgl. bezüglich dieser Theorie Loening, Verwaltungsrecht S. 251 und die dort angeführte Literatur). Ein besonders großes Anwendungsgebiet dieser Zwangsstrafen sind die polizeilichen Verfügungen, und das Zwangsstrafverfahren hat deshalb im Landesverwaltungsgesetz (§ 132) eine besonders eingehende Behandlung erfahren. Es wäre aber ein grober Irrtum, zu glauben, daß jene Vorschriften des Landesverwaltungsgesetzes lediglich landesrechtliche Bestimmungen enthielten, die außerhalb des Rahmens ihres Anwendungsgebietes keinerlei maßgebende Bedeutung zu beanspruchen hätten. Vielmehr sind jene Vorschriften, soweit sie das Wesen der Zwangsstrafe behandeln, von allgemeiner Gültigkeit. Nicht von allgemeiner Gültigkeit ist die dort vorgesehene „Ausführung durch einen Dritten" die an Stelle der Androhung einer Zwangsstrafe in allen den Fällen treten muß, wo eine solche Ausführung tunlich erscheint Diese Vorschrift ist eine landesrechtliche, im Wesen der Zwangsstrafe nicht begründete. In diesem Wesen der Zwangsstrafe liegt aber

Digitized by Google

sowohl ihre Unverjährbarkeit als die Notwendigkeit vorheriger Androhung[1]) begründet. Hieraus folgt, daß, wenn die Strafen aus § 1467 sich als Zwangsstrafen charakterisieren, ihre vorherige Androhung eine zwingende Notwendigkeit zu ihrer Rechtsgültigkeit sein würde.

Bezüglich des Umfanges dieser Androhung scheint zwar Seelmann eine solche für jede zu erzwingende Handlung einzeln für notwendig zu halten, meint aber a. a. O. doch, daß eine allgemein gehaltene Androhung wenigstens hinsichtlich der Höhe der Strafe genüge. Er hält es nur für zweckmäßig, den Beteiligten nicht nur allgemein eine Strafe „bis zu 150 Mk." anzudrohen, sondern empfiehlt die Androhung der tatsächlich beabsichtigten Strafe, weil „die Beteiligten eher geneigt sein werden, der ihnen gemachten Auflage nachzukommen, wenn sie die Höhe der Strafe, die ihnen tatsächlich droht, kennen." Seelmann ist übrigens, worauf ich zurückkomme, der Ansicht, daß es gegen die Androhung nur die Aufsichtsbeschwerde, gegen die Festsetzung dagegen die aus § 1500 RVO. gebe.

Mit seiner Annahme, es müsse der Straffestsetzung jedesmal eine, wenn auch allgemein gehaltene, Androhung vorangehen, geht Seelmann einen Schritt über diejenigen hinaus, die in der Vorschrift des § 1467 und den daraufhin erlassenen „Kontrollvorschriften" bereits jene allgemeine Androhung enthalten sei, so daß es nochmaliger Androhung nicht bedürfe, die übrigens auch aus praktischen Gründen zu fordern unmöglich sei. Dieser Auffassung ist entgegenzuhalten, daß sowohl § 1467 wie die Kontrollvorschriften nur die gesetzliche Grundlage für die Androhung darstellen. Daß darin keine allgemeine Androhung in diesem Sinne liegen kann, daß die Androhung vor der Festsetzung im Einzelfalle überflüssig wäre, ergibt sich deutlich daraus, daß an beiden Stellen nur gesagt ist, die Beteiligten könnten zur Befolgung der Ueberwachungsvorschriften „angehalten" werden. Hierin liegt ausgedrückt, daß den Versicherungsanstalten die Befugnis zur Verhängung von Zwangsstrafen gegeben ist; da aber die Festsetzung einer Zwangsstrafe begrifflich, wie oben dargelegt, ihre vorherige Androhung voraussetzt, so kann in der Beilegung der bloßen Befugnis zur Verhängung solcher Strafen keine rechtswirksame Androhung erblickt werden. Möglicherweise beruht diese Auffassung auf einer irrtümlichen Uebertragung des Begriffs der Ordnungsstrafen auf die Zwangsstrafen. Denn auch bei den Ordnungsstrafen besteht nur eine Befugnis, kein Zwang zu strafen. Diese Eigentümlichkeit der Ordnungs- wie der Zwangsstrafen haben diese mit den Disziplinarstrafen gemeinsam, von denen sie sonst, wie ausgeführt, wesensverschieden sind. Bei den Ordnungsstrafen wäre eine vorherige Androhung sinnwidrig, da es sich bei ihnen um die Rüge eines bereits abgeschlossenen strafbaren Tatbestandes dreht, während die Festsetzung einer Zwangsstrafe voraussetzt, daß von dem Betroffenen eine von ihm vorzunehmende Handlung erst verlangt, d. h. ihm die Strafe für den Fall angedroht ist, daß er die Handlung innerhalb der gesetzten Frist nicht vorgenommen haben sollte. Während also die Versicherungsanstalt von ihrer Strafbefugnis bei Ordnungsstrafen durch die Auferlegung der Strafe Gebrauch macht, tut sie dieses bei den Zwangsstrafen durch die Androhung.

Mit diesen Darlegungen glaube ich mich mit Seelmann vorläufig in Uebereinstimmung zu befinden. Dagegen weiche ich in allem Folgenden nicht unwesentlich von ihm ab. Zunächst muß ich seine Auffassung, als sei der Umfang der Androhung eine bloße Zweckmäßigkeitsfrage, entschieden bestreiten. Im Gebiete der polizeilichen Zwangsstrafverfügungen ist es unzweifelhaft geltendes Recht, daß die Strafandrohung innerhalb des gesetzlich zugelassenen Strafrahmens auf einen bestimmten Betrag lauten müsse. Es fragt sich, ob diese Rechtsübung im Wesen der Zwangsstrafe begründet und damit allgemeingültig sei, oder ob es sich hier um Bestimmungen rein landesrechtlicher Art handelt, die dann nicht ohne weiteres auf die hier vorliegenden reichsrechtlichen Anwendung finden könnten. Mir scheint ersteres der Fall zu sein. Wie soeben betont, ist bei der Zwangsstrafe

[1]) Letzteres deshalb, weil die vorzunehmende Handlung von dem Betroffenen zunächst verlangt sein muß, ehe seine Weigerung sie zu tun, bestraft werden kann, denn bestraft wird die Weigerung gegen rechtmäßigen Befehl.

Digitized by Google

das Wesentliche die Androhung, nicht die Festsetzung. Denn in der Androhung ist das Verlangen einer Handlung des Betroffenen enthalten, mit der Anfechtung der Androhung und nur mit dieser, wird die Rechtmäßigkeit oder Zulässigkeit des Verlangens jener Handlung bestritten und kann die Höhe der Strafe bemängelt werden. Die Festsetzung der Zwangsstrafe dagegen ist nach fruchtlosem Ablauf der Frist die selbstverständliche Folge und eine Beschwerde gegen die Festsetzungsverfügung könnte nur bei Nachweis der inzwischen erfolgten Vornahme der verlangten Handlung Erfolg haben. Aus diesen Erwägungen ergibt sich, daß eine Androhung einer Strafe „bis 150 Mk." entweder als ordnungsmäßige Androhung überhaupt nicht gelten kann oder höchstens als Androhung des Höchstsatzes von 150 Mk. aufgefaßt werden könnte. Die Erörterung Seelmanns, die Beteiligten würden bei Kenntnis der Höhe der Strafe eher „geneigt" sein, der Aufforderung nachzukommen, scheint mir vor allem zu übersehen, daß dem Strafrecht der Versicherungsanstalt ein Recht des Betroffenen gegenübersteht, die Gründe und die Höhe der beabsichtigten Strafe so rechtzeitig zu erfahren, daß er in der Lage ist, die Aufhebung der ihm zugemuteten Handlung und die Herabsetzung des Strafmaßes im Rechtsmittelverfahren zu erstreiten.

Die Anwendung aller vorstehenden Ausführungen auf die Strafen des § 1467 läßt diese in allen den Fällen als Zwangsstrafen erscheinen, wenn in den Ueberwachungsvorschriften Handlungen der Arbeitgeber oder Versicherten vorgesehen sind, bei deren Verweigerung Zwang erforderlich wird. Die Vorlegung der Quittungskarten, der Lohnlisten seitens der Arbeitgeber u. dergl. würden solche Handlungen sein. Nicht minder die Gestattung des Betretens der Betriebsstätte durch den Kontrollbeamten als Beauftragten der Versicherungsanstalt.

Erscheinen danach die Strafen aus § 1467 in der Regel als Zwangsstrafen, die vorheriger Einzelandrohung durch den Vorstand der Versicherungsanstalt, nicht etwa durch einen Kontrollbeamten, bedürfen, so sei, bevor ich die Zuständigkeitsfrage erörtere, noch kurz auf das praktische Bedenken gegen die Annahme der Zwangsstrafen eingegangen.

Es wird gesagt, die Annahme der Zwangsstrafentheorie für die hier in Rede stehenden Strafverfügungen müsse die Handhabung der Ueberwachungsvorschriften erschweren, insbesondere unvermutete Revisionen unmöglich machen. Ich betone vorweg, daß diese praktische Erwägung, selbst wenn sie richtig wäre, zu einer Aenderung meiner Rechtsauffassung mich nicht zu bestimmen vermöchte, es würde dann allerdings zu erwägen sein, in welcher Weise, etwa durch Gesetzesänderung, Abhilfe geschaffen werden könnte. Allein ich halte die praktischen Schwierigkeiten keineswegs für so erheblich. Wird bei einer unvermuteten Revision des Kontrollbeamten diesem die Quittungskarte usw. verweigert, so bedarf es meines Erachtens nur eines sofortigen Antrages dieses Beamten und der Aufforderung der Vorlage der Karten binnen drei Tagen bei Vermeidung einer „hiermit angedrohten Zwangsstrafe von x Mark", um ohne nennenswerte Versäumnis nicht verwendete Beitragsmarken festzustellen und einziehen zu können. Freilich werden böswillige Arbeitgeber manche unvermutete Revision zu verhindern vermögen, indessen scheint mir § 1468 eine ausreichende Handhabe zu bieten, da derartige Böswillige einer Anzapfung ihres Geldbeutels gegenüber besonders empfindlich zu sein pflegen. Jedenfalls beweisen meines Erachtens die Erfahrungen der Polizeibehörden, die doch mindestens ebenso häufig wie die Versicherungsanstalten mit renitenten Böswilligen zu tun haben, daß die Zwangsbefugnisse trotz der vorherigen Androhung sich als wirksam zu erweisen vermögen.

Schließlich noch wenige Worte über die Zuständigkeitsfrage. Wie bereits hervorgehoben, vertritt Seelmann die Ansicht, gegen die Androhung der Zwangsstrafe sei nur die Aufsichtsbeschwerde, gegen die Festsetzung dagegen die Beschwerde beim Oberversicherungsamt. Er scheint das, wenn ich anders seine Darlegungen in dem bereits angeführten und dem vorangegangenen Aufsatze über „Streit- und Zweifelsfragen auf dem Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung" (Arb.-Versorgg. XXX, S. 169) richtig aufgefaßt habe, aus dem Wortlaut des § 1500 RVO. zu entnehmen, der allerdings nur von Beschwerden gegen „Strafverfügungen" spricht. Daß trotz dieses Wortlauts und trotz der Stellung der Bestimmung im Abschnitt „Strafvorschriften" die Zuständigkeit des Oberversicherungsamtes

Digitized by Google

auch für Beschwerden über Straffestsetzungen nach § 1467 begründet ist, hat Seelmann a. a. O. S. 172 ausgesprochen und das Reichsversicherungsamt hat diese Ansicht bestätigt. (Vgl. Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 29. Juni 1912, Arb.-Versorgg. XXX, S. 496.) Die Entscheidung spricht allerdings lediglich von Straffestsetzungen und der Gedanke, daß nach dieser Entscheidung die Strafandrohungen anders als die Festsetzungen zu behandeln seien, liegt nahe. Trotzdem halte ich ihn für falsch. Das Oberversicherungsamt ist vielmehr auch für Beschwerden über Androhungen aus § 1500 zuständig. Wie bereits mehrfach hervorgehoben, muß bei der Zwangsstrafe die Androhung als die wichtigste Handlung angesehen werden. Zur rascheren Erzwingung werden sogar in der Regel die Festsetzung der bisher angedrohten Strafe und die Androhung einer neuen Strafe in einer einzigen Verfügung miteinander verbunden. Nach Seelmann würde eine solche Verfügung zugleich in doppelter Weise angefochten werden können: die Festsetzung durch Beschwerde an das Oberversicherungsamt, die Androhung durch Aufsichtsbeschwerde an das Reichsversicherungsamt. Diese Zerteilung ist so unpraktisch, daß man nur aus gewichtigen Gründen zu der Annahme sich wird entschließen können, daß sie geltendes Recht sei. Solche Gründe vermag ich weder aus der Entscheidung des Reichsversicherungsamts, noch aus dem Wortlaut des § 1500 RVO. zu entnehmen. Letzterer namentlich ist nicht zu verwerten, weil der Ausdruck „Strafverfügungen" auch auf die Androhung paßt, um so mehr, als diese in sachlicher Beziehung, wie dargelegt, die wichtigere ist. Es ist auch unerfindlich, warum für die Androhung die fristlose Aufsichtsbeschwerde, für die sachlich unerhebliche Festsetzungsbeschwerde die befristete Beschwerde aus § 1500 gegeben sein sollte. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamts erwähnt allerdings die Möglichkeit einer besonderen Beschwerde gegen die Androhung mit keinem Worte und spricht dennoch von Beschwerden gegen die Straffestsetzungen, als ob es einer vorherigen Androhung überhaupt nicht bedürfe, oder als ob das Reichsversicherungsamt mit dem Worte „Straffestsetzung" nicht mehr und nicht weniger gemeint habe, als das Gesetz mit dem Worte „Strafverfügung". Entscheidungen des Reichsversicherungsamts aus der Geltungszeit des Invalidenversicherungsgesetzes über diese Frage sind nicht bekannt geworden. Es läßt sich daher nicht mit Sicherheit sagen, ob das Reichsversicherungsamt den (sachlich mit § 1467 übereinstimmenden) § 161 Abs. 3 IVG. dahin ausgelegt hat, daß vorherige Androhung nicht erforderlich sei. Dies erscheint jedoch aus einem inneren Grunde unwahrscheinlich. Die Auffassung der fraglichen Strafen als Zwangsstrafen würde unter den Kommentatoren und in der Literatur kaum eine derartige einmütige sein, wenn über die Bedeutung der Wirkung einer Androhung im Reichsversicherungsamt unter der Herrschaft des alten Rechts tatsächlich eine solche mit dem Wesen der Zwangsstrafe unvereinbare Ansicht bestanden haben sollte.

Komme ich hiernach zu dem Ergebnis, daß weder das Gesetz, noch die Entscheidungen des Reichsversicherungsamts sich gegen meine oben niedergelegte Ansicht verwerten lassen, so möchte ich nur noch hervorheben, daß § 1466 nicht minder wie §§ 656, 879 ebenfalls Zwangsstrafen vorsieht.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zeugen und Sachverständige im Verfahren zur Feststellung der Leistungen.

Erlaß des **Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 24. Oktober 1913.

Wenngleich ein Recht der Landesversicherungsanstalten, Versicherungsämter oder Gerichte um die eidliche Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen zu ersuchen, aus den §§ 1571 ff., 1619, 1652 und 1665 RVO., die die Vorschriften über eidliche Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen im Wege der Rechtshilfe während des erstinstanzlichen Verfahrens enthalten, un-

Digitized by Google

mittelbar nicht abgeleitet werden kann, so entspricht ein solches Recht doch dem Grundgedanken des Gesetzes, wie er in der Begründung zu dem dem § 115 RVO. entsprechenden § 128 des Entwurfs (vgl. S. 68) und in dem Kommissionsbericht (vgl. Bd. I S. 209, 212, 213) zum Ausdrucke gelangt, zumal die Landesversicherungsanstalten nach § 1630 RVO. entscheidende Behörden sind.

Es ist daher anzunehmen, daß § 1571 a. a. O. das Recht der Versicherungsträger, eidliche Vernehmungen zu verlangen, nicht auf die Versicherungsträger der Unfallversicherung beschränkt, sondern im Gegenteile lediglich eine Einschränkung des allgemeinen Rechtes der Versicherungsträger auf solche Vernehmungen zuungunsten der Versicherungsträger der Unfallversicherung enthält.

Für die Frage, ob das Zeugnis oder Gutachten oder dessen Beeidigung verweigert werden darf, greifen nach Maßgabe der §§ 1574, 1652 a. a. O. die Vorschriften der Zivilprozeßordnung Platz.

B. Zur Krankenversicherung.

Kassenvereinigungen.

Erlaß des **Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 11. Oktober 1913.

Ich bin nicht in der Lage, über die Frage nach der Zulässigkeit der Verwendung von Mitteln der Krankenkassen für die „Freie Vereinigung von Ortskrankenkassen der Provinz N." eine Entscheidung zu treffen. Darüber, ob eine Kassenvereinigung nach § 414 RVO. den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dient und infolgedessen für sie Kassenmittel mit Zustimmung beider Gruppen im Vorstande verwendet werden dürfen, oder ob eine Vereinigung wegen der Abgrenzung ihres Wirkungskreises oder aus anderen Gründen nicht unter § 414 fällt und daher Kassenmittel für sie überhaupt nicht verwendet werden dürfen, ist nach § 377 RVO. im Aufsichtswege zu befinden. Hält die Aufsichtsbehörde die Verwendung von Kassenmitteln für eine Kassenvereinigung für unzulässig, weil die Verwendung nicht ordnungsmäßig beschlossen ist oder weil die Vereinigung nicht den allgemeinen Zwecken der Krankenhilfe dient, so hat sie die beabsichtigte Verwendung der Kassenmittel zu untersagen. Auf Beschwerde entscheidet nach § 377 Abs. 2 a. a. O. das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer), nach § 1797 a. a. O. auf weitere Beschwerde das Reichsversicherungsamt.

Da § 414 RVO. bereits in Kraft getreten ist (vgl. den Erlaß vom 26. August 1912, HMBl. S. 471), so ist bis zum 31. Dezember d. J. noch der § 45 KVG. anzuwenden.

Ich weise ausdrücklich darauf hin, daß die Verwendung von Kassenmitteln für den Besuch von Versammlungen, die den gesetzlichen Zwecken der Krankenversicherung dienen sollen, nach § 363 Abs. 2 RVO. auch dann noch der Genehmigung bedarf, wenn die Verwendung von Kassenmitteln für die Vereinigung, welche die Versammlung veranstaltet, nach § 414 a. a. O. ordnungsmäßig beschlossen ist.

Apothekerrabatt und Handverkaufsliste für Knappschaftsvereine.

Erlaß des **Preuß. Ministers für Handel und Gewerbe** vom 10. Oktober 1913.

Auf Grund des § 376 Abs. 1 RVO. in Verbindung mit § 24 Abs. 3 des Knappschaftsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 17. Juni 1912 (GS. S. 137) setze ich im Einvernehmen mit dem Herrn Minister des Innern den Abschlag von den Preisen der Arzneitaxe, welchen die Apotheker den Knappschaftsvereinen und besonderen Krankenkassen (§ 5 des Knappschaftsgesetzes) für die Arzneien zu gewähren haben, auf 10 % fest. Ausgenommen von dieser Abschlagsgewährung sind Heilsera, Tuberkulin in unverdünntem Zustande sowie die nach Ziff. 21 Abs. 1 der Arzneitaxe berechneten fabrikmäßig hergestellten Arzneizubereitungen.

Ferner bestimme ich auf Grund des § 376 Abs. 2 RVO. in Verbindung mit § 24 Abs. 4 des Knappschaftsgesetzes, daß die Liste der im Handverkauf zur Abgabe gelangenden einfachen Arzneimittel für jeden Knappschaftsverein (besondere Krankenkasse) von dem für den Sitz des Vereins oder der Kasse zuständigen Regierungspräsidenten besonders festzusetzen ist. Für die Festsetzung gelten die durch Erlaß des Herrn Ministers des Innern vom 5. Juni 1913 (HMBl. S. 450) für die reichsgesetzlichen Krankenkassen (§ 225 Abs. 1 RVO.) getroffenen Anordnungen entsprechend. Bei der vorgeschriebenen Anhörung von Vertretern der Knappschaftsvereine (besonderen Krankenkassen) und der Apotheker ist in jedem Falle auch das zuständige Oberbergamt zuzuziehen.

Erstreckt sich ein Knappschaftsverein (eine besondere Krankenkasse) über mehrere Regierungsbezirke, so empfiehlt sich vor Festsetzung der Liste eine Verständigung mit den Regierungspräsidenten der übrigen beteiligten Bezirke, damit auch die dortigen örtlichen Verhältnisse berücksichtigt werden.

Digitized by Google

Nötigenfalls ist die Liste für die Regierungsbezirke verschieden festzusetzen.

In allen Fällen ist Wert darauf zu legen, daß die Liste für die Knappschaftsvereine (besonderen Krankenkassen) mit derjenigen für die reichsgesetzlichen Krankenkassen desselben Bezirks nach Möglichkeit übereinstimmt.

Anmerkung: Für die reichsrechtlichen Krankenkassen verweisen wir auf den entsprechenden Erlaß vom 5. Juni 1913, Arb.-Versorgg. S. 512.

Bekanntmachung des Reichskanzlers, betreffend den Begriff „Vorübergehende Dienstleistungen" im Sinne des § 434 RVO.

Vom 23. Oktober 1913.

Auf Grund des § 434 RVO. hat der Bundesrat beschlossen:

Eine versicherungspflichtige Beschäftigung gewerblicher Arbeiter in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben gilt als vorübergehend im Sinne des § 434 RVO., wenn sie stattfindet

1. im Nebenberufe während einer hauptberuflichen gewerblichen Lohntätigkeit,
2. während der üblichen Unterbrechung solcher gewerblicher Arbeiten, welche nach ihrer Art alljährlich, regelmäßig jedoch nicht über die Dauer von sechs Monaten hinaus, eingeschränkt oder zeitweilig eingestellt zu werden pflegen,
3. zur Deckung eines alljährlich wiederkehrenden, die Dauer von zwölf Wochen nicht überschreitenden erhöhten Arbeitsbedarfs.

Tritt ein gewerblicher Arbeiter, der schon Mitglied einer Ersatzkasse ist und vom Rechte des § 517 Abs. 1 RVO. Gebrauch gemacht hat, in eine versicherungspflichtige land- oder forstwirtschaftliche Beschäftigung ein, so gilt diese für ihn überdies bis zum Ablauf eines Jahres als vorübergehend, sofern nicht aus den Umständen seine Absicht erhellt, dauernd zur land- oder forstwirtschaftlichen Beschäftigung überzugehen, in jedem Falle aber mindestens bis zu dem Zeitpunkt, mit dem ihm nach § 513 RVO. der Austritt aus der Ersatzkasse gestattet ist. Das Versicherungsamt kann die Frist von einem Jahre auf Antrag des gewerblichen Arbeiters verlängern.

---

§ 50 KVG. gilt auch im Fall ungerechtfertigter Abmeldung eines Versicherten.

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 20. November 1912.

Der Dienstknecht St. stand bei dem Kläger Sch. seit dem 6. Februar 1911 in Dienst, seine Beschäftigung hat über zwei Krankheitszeiten vom 8. Juli bis 18. Juli und vom 1. August bis 3. Oktober 1911 hinweg bis in die neueste Zeit fortgedauert. Seine Abmeldung durch den Kläger am 10. Juli 1911 war daher ungerechtfertigt, da sein Beschäftigungsverhältnis auch nach seiner Erkrankung am 8. Juli 1911 fortbestand. Die gleichwohl vollzogene Abmeldung hob die Wirksamkeit der früheren Anmeldung vom 6. Februar 1911 für die Folgezeit auf. St. war trotz fortbestehendem Beschäftigungsverhältnis tatsächlich nicht mehr gemeldet. Beiträge wurden infolge der Abmeldung für St. nicht mehr erhoben, auch nachdem dieser die tatsächliche Beschäftigung beim Kläger am 20. Juli 1911 wieder aufgenommen hatte. Die ungerechtfertigte Abmeldung des St. durch den Kläger schuf somit für die Folgezeit einen Zustand, wie wenn St. überhaupt nicht angemeldet worden wäre. Der Gerichtshof hat im Hinblick auf diese Folgen der gekennzeichneten unrichtigen Handhabung der Meldevorschriften bereits in einem früheren in tatsächlicher Beziehung gleich gelagerten Fall mit Urteil vom 31. Oktober 1910 Nr. 3455 ausgesprochen, daß im Sinne des § 50 KVG. die ungerechtfertigte Abmeldung als eine Verletzung der Anmeldepflicht anzusehen ist. Er befindet sich mit dieser Rechtsauffassung im Einklang mit der des Sächs. OVG. (vgl. Reger, 4. Erg.-Bd. S. 108) und des Bayr. VGH. (vgl. Reger Bd. 21 S. 145). Auch bei ungerechtfertigter Abmeldung hat also der Arbeitgeber alle Aufwendungen zu erstatten, welche eine Gemeindekrankenversicherung oder eine Ortskrankenkasse auf Grund gesetzlicher oder statutarischer Vorschriften in einem nach der ungerechtfertigten Abmeldung durch die dann nicht mehr angemeldete Person veranlaßten Unterstützungsfall gemacht hat... (Breithaupt).

Anmerkung: Demgemäß wird man auch nach der Reichsversicherungsordnung — die eine dem § 50 KVG. entsprechende Vorschrift nicht enthält — annehmen müssen, daß ungerechtfertigte Abmeldung einer Verletzung der Anmeldepflicht nach § 530 Abs. 1 gleichkommt. Vgl. Hahn Handb. der Krankenvers. S. 691 Anm. 2a zu § 530.

Digitized by Google

C. Zur Unfallversicherung.

(L) **Feststellung der Dauerrente bei einer bereits vor dem 1. Januar 1913 festgestellten Rente; Auslegung von Art. 60 Einf.Ges. z. RVO.**

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. September 1913 — Ia. 8225/13 —.

Die Beklagte hat die dem Kläger aus Anlaß des Unfalls vom 1. November 1910 durch Bescheid vom 10. Februar 1912 gewährte Teilrente von 75 Prozent durch den Endbescheid vom 16. April 1913 auf eine solche von 35 vom Hundert herabgesetzt. Die Unterlagen, auf Grund deren die Rente gemindert werden sollte, sind dem Berechtigten nach dem 31. Dezember 1912 mitgeteilt worden, also zu einer Zeit, in der die Vorschriften des Sechsten Buches (Verfahren) der Reichsversicherungsordnung bereits in Kraft getreten waren. Gemäß Art. 85, 89 Einf.Ges. z. RVO. richtet sich daher das Verfahren im vorliegenden Falle nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Nach § 1700 dieses Gesetzes ist der Rekurs aber ausgeschlossen, wenn es sich um vorläufige Renten oder um Neufeststellung von Dauerrenten wegen Aenderung der Verhältnisse handelt. Der zur Entscheidung stehende Rekurs war mithin nur dann zuzulassen, wenn die durch den Endbescheid vom 16. April 1913 vorgenommene Rentenänderung als Feststellung der Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung (§§ 609, 1585 Abs. 2 anzusehen ist. Das hat der erkennende Senat angenommen.

Allerdings muß es zunächst fraglich erscheinen, ob in der unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung vorgenommenen Aenderung einer vor dem 1. Januar 1913 festgestellten Rente überhaupt die Feststellung einer vorläufigen oder einer Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung erblickt werden kann. Denn die vorläufige wie die Dauerrente der Reichsversicherungsordnung sind mit materiell-rechtlichen Wirkungen ausgestattet; die vorläufige insofern, als sie ohne Aenderung der Verhältnisse abgeändert und hinsichtlich des Jahresarbeitsverdienstes nachgeprüft werden kann, die Dauerrente dadurch, daß ihre Neufeststellung nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre vorgenommen oder beantragt werden darf. Der Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. sieht aber die Anwendung der materiell-rechtlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung auf Entschädigungsansprüche aus Unfällen, die sich vor dem 1. Januar 1913 ereignet haben, nur unter bestimmten Voraussetzungen für die erste Rentenfeststellung vor. Eine weitere Uebergangsbestimmung (Art. 100 Einf.Ges. z. RVO.) ist nicht erlassen. Es ist indessen davon auszugehen, daß der Art. 60 Einf.Ges. z. RVO., wie die Begründung erkennen läßt, nichts anderes hat vorschreiben wollen als der § 27 des Gesetzes betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900, dessen Bedeutung das Reichsversicherungsamt insbesondere in der Rekursentscheidung 1987 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1903 S. 349 ff.) eingehend gewürdigt hat. Der Erweiterte Senat des Reichsversicherungsamts hat sich in dieser Entscheidung dahin ausgesprochen, daß der § 27 a. a. O. keine erschöpfende und ausschließliche Regelung der zeitlichen Geltung der am 1. Oktober 1900 in Kraft getretenen Unfallversicherungsgesetze enthalte, sich vielmehr auf die Fälle der „eigentlichen Rückwirkung" beschränke. In gleicher Weise ist also auch der Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. nicht erschöpfend. Auch er hat allein die „eigentliche Rückwirkung" verfügt (zu vgl. Laß, Unfallversicherung, Anm. zu Art. 60 des Einf.Ges. z. RVO.), und es muß deshalb, wie bei der Gesetzesänderung von 1900, auch jetzt an dem in der erwähnten Rekursentscheidung aufgestellten Satze festgehalten werden, „daß diejenigen den Anspruch selbst betreffenden (materiell-rechtlichen) Bestimmungen, deren Anwendung von besonderen im Laufe des Rentenbezuges eintretenden Tatsachen abhängt, aus dem neuen Recht entnommen werden, wenn diese Tatsachen sich unter der zeitlichen Herrschaft der neuen Vorschriften zutragen."

Im vorliegenden Falle handelt es sich um die nach dem Inkrafttreten des Dritten Buchs (Unfallversicherung) der Reichsversicherungsordnung vorgenommene Abänderung einer vor dem 1. Januar 1913 festgestellten Rente. Zur Zeit der letzten Rentenfeststellung waren noch nicht zwei Jahre seit der Rechtskraft der ersten endgültigen Entscheidung verflossen. Die Rente war also noch nicht mit Jahresbindung festgesetzt, konnte vielmehr zu jeder Zeit abgeändert werden. Anderseits war eine anderweite Berechnung des der Entschädigung zugrunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes nicht mehr angängig und die Abänderung der Rente abhängig von einer wesentlichen Veränderung der Verhältnisse, die für ihre Feststellung maßgebend gewesen waren. Dieser nach dem Gewerbeunfallversicherungsgesetz festgestellten Rente fehlen also die materiell-rechtlichen Kennzeichen sowohl der vorläufigen wie der Dauerrente der Reichsversicherungsordnung. Sie kann daher weder als die eine noch als die andere angesehen werden. Als sie jetzt unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung abgeändert wurde, waren zwei

Digitized by Google

Jahre nach dem Unfalle vergangen. Spätestens mit dem Ablaufe von zwei Jahren nach dem Unfall ist nach § 1585 Abs. 2 RVO. die Dauerrente festzustellen. Sonach muß in Anwendung des oben anerkannten Grundsatzes in der durch den Endbescheid vom 16. April 1913 abgeänderten Rente eine Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung gesehen werden. Daraus folgt, daß der Rekurs zulässig ist. Mit dieser Auffassung hat sich übrigens der erkennende Senat ganz auf den Boden des Bescheides 2605 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1913 S. 396) gestellt, den das Reichsversicherungsamt auf eine Anfrage wegen Anwendung der §§ 608, 609, 1585 RVO. auf Fälle, in denen bereits nach den alten Unfallversicherungsgesetzen Renten festgestellt worden sind, erteilt hat.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts[1]).

Gemäß Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. ist im Rechtsmittelverfahren über den ersten Feststellungsbescheid der § 563 Abs. 2 RVO. zugunsten des Versicherten auch dann anzuwenden, wenn inzwischen durch einen weiteren Bescheid die Rente rechtskräftig herabgesetzt ist (2640).

Die Weigerung des Verletzten, sich einer ihm zur Erhöhung der Erwerbsfähigkeit gelieferten Vorrichtung (eines Arbeitsstulpens) zu bedienen, rechtfertigt nicht die Herabsetzung der Rente, sondern nur unter den Voraussetzungen des § 606 RVO. ihre zeitweilige Versagung (§ 2641).

Nach rechtskräftiger Feststellung der Unfallrente kann auch die Hilflosenrente nur beim Nachweis einer Verschlimmerung gefordert werden (2642).

Wer nicht regelmäßig mindestens einen Versicherungspflichtigen beschäftigt, kann nicht in den Genossenschaftsvorstand gewählt werden (§ 13 Abs. 1 RRO.), doch bietet in machen Fällen § 687 Abs. 2 RVO. die Möglichkeit, den Genossenschafts- und Sektionsvorständen erfahrene sachkundige Mitglieder zu erhalten (2643).

Die Anhörung des Berechtigten nach § 1592 RVO. bildet einen notwendigen Teil des Einspruchsverfahrens und hat daher auch ohne besonderen Antrag des Berechtigten zu erfolgen (2644).

[1]) Heft 9 (vom 15. September 1913) der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts. — Die Entscheidungen 2641 u. 2642 sind als „grundsätzlich" bezeichnet.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

(L.) **Durchschnittsberechnung des Mindestverdienstes im Rentenverfahren.**

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 18. Juni 1913 (IIa 226/12).

Das Schiedsgericht hat bei Prüfung der Frage, ob Invalidität bei dem Kläger vorliegt, den für ihn maßgebenden Mindestverdienst auf 435 M. angenommen. Es hat sich dabei nach der Berechnung der Mindestverdienstbeträge der oberschlesischen Bergarbeiter aus den Jahren 1901 bis 1910 gerichtet, welche von dem Königlichen Oberbergamt in Breslau aufgestellt ist. Danach beträgt der Mindestlohn der Grubenbeamten in dem Bergrevier Tarnowitz, denen der Kläger als früherer Steiger zuzurechnen war, 435 oder 390 M. Der Kläger nimmt eine weit höhere Mindestverdienstgrenze für sich in Anspruch unter der Angabe, daß Versicherte seiner Berufsgruppe einen jährlichen Verdienst bis zu 4000 M. erreichen. Das Schiedsgericht ist dabei einer schon seit Jahren beobachteten Uebung gefolgt, bei der Berechnung des Durchschnittsverdienstes größere Zeiträume zu berücksichtigen, um eine möglichst zuverlässige Feststellung zu erzielen. Dieses Verfahren hat seinen Ausgang genommen von der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 14. Dezember 1906 in der Invalidenrentensache des Häuers Anton Chroszoz in Bismarckhütte IIa 628/06. Damals unterlagen nach der Statistik die Löhne im oberschlesischen Steinkohlenbergbau andauernd erheblichen Schwankungen. Es wurde deshalb von dem Reichsversicherungsamt für zweckmäßig erachtet, bei der Berechnung des Mindestverdienstes größere Zeiträume ins Auge zu fassen, um die jedesmalige Entscheidung nicht von zufälligen Umständen abhängen zu lassen. Nach einer jetzt eingeholten amtlichen Auskunft des Königlichen Oberbergamts in Breslau haben die früher beobachteten Lohnschwankungen in den letzten Jahren aufgehört, die Löhne der Bergarbeiter im oberschlesischen Steinkohlenbergbau zeigen vielmehr durchweg eine steigende Richtung, und mit einem nennenswerten Rückgange kann zurzeit nicht mehr gerechnet werden. Damit sind die tatsächlichen Unterlagen jener 1906 ergangenen Revisionsentscheidung geschwunden. Durch Berücksichtigung früherer ungünstiger Lohnverhältnisse bei Feststellung der Rentenberechtigung würden daher jetzt die Versicherten ungerechtfertigt benachteiligt werden.

Diese Verhältnisse, deren Kenntnis dem örtlich

Digitized by Google

beteiligten Gerichte zugemutet werden muß, sind vom Schiedsgericht nicht berücksichtigt worden. Darin ist ein in der unzureichenden Aufklärung des Sachverhalts beruhender Mangel des Verfahrens zu finden. Die Vorentscheidung unterlag deshalb der Aufhebung. Zugleich war die noch nicht spruchreife Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuverweisen. Das Berufungsgericht wird die Sachlage nach der angegebenen Richtung zu prüfen und den Mindestverdienst des Klägers anderweit festzustellen haben. Es wird zu erwägen sein, ob bei Berechnung des Mindestverdienstes nach dem Angeführten nicht ein erheblich kürzerer, etwa dreijähriger Durchschnitt zugrunde zu legen ist. Eine solche Berechnungsart würde wohl den tatsächlichen Verhältnissen am ehesten Rechnung tragen.

Verschiedenheit der Voraussetzungen für Anrechnung von Krankheitswochen und der Gewährung von Krankenrente.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 22. Januar 1913.

Die Revision geht von der Annahme aus, daß schon die Unfähigkeit zu Verrichtung der gewöhnlichen Arbeiten des bisherigen Berufs über 26 Wochen hinaus die Anwendung des § 16 JVG., § 1255 Abs. 3 RVO. bedinge. Diese Annahme ist rechtsirrig. Unter Erwerbsunfähigkeit im Sinne des § 16 JVG. ist die Erwerbsunfähigkeit des § 5 Abs. 4, § 15 JVG., also die Invalidität, zu verstehen, während erwerbsunfähig im Sinne des § 30 Abs. 2 Nr. 3 JVG. gleichbedeutend mit erwerbsunfähig im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes, als im wesentlichen mit berufsinvalide ist (Revisionsentsch. 1583, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1911 S. 580). In der Reichsversicherungsordnung, welche die beiden Vorschriften übernommen hat, ist dies noch deutlicher zum Ausdruck gebracht, indem im § 1255 Abs. 3, der von der Krankenrente handelt, die Bezeichnung „invalide", und im § 1393 Abs. 2 Nr. 3, der dem § 30 Abs. 2 Nr. 3 JVG. entspricht, die Bezeichnung „arbeitsunfähig" gebraucht ist. Hieraus ergibt sich, daß für die Anrechnung von Krankheitswochen das Vorhandensein der Berufsinvalidität bzw. Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung genügt, dagegen die Zuerkennung der Krankenrente das Vorliegen von Invalidität erfordert.

(Breithaupt.)

Trinkgelder als Arbeitsentgelt.

Entscheidung des **Königlichen Oberversicherungsamts** in Köln vom 15. April 1913.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes sind Trinkgelder, auf die mit einer gewissen Sicherheit gerechnet werden kann, und die für die Bestreitung des Lebensunterhaltes von einiger Bedeutung sind, als Teil des Entgeltes anzusehen. Es kann im vorliegenden Falle aber zweifellos mit einer gewissen Sicherheit auf die Trinkgelder gerechnet werden, auch sind sie für die Bestreitung des Lebensunterhaltes des Straßenbahnschaffners U. von einiger Bedeutung.

Das Anfangsgehalt der Straßenbahnschaffner in B. beträgt einschließlich des Kleidergeldes monatlich rund 83 M. bei durchschnittlich 27 Arbeitstagen, das sind pro Tag 3,10 M. Diese Entlöhnung entspricht in der Stadt B. mit ihren teueren Lebensverhältnissen etwa derjenigen der einfachen Tagelöhner. Der Dienst des Schaffners in einer Stadt wie B. mit einem so ausgedehnten Reiseverkehr stellt an Einsicht, Gewandtheit, Takt und Vorbildung nicht unwesentliche Anforderungen, die über den allgemeinen Verhältnissen einfacher Tagelöhner stehen. Die dauernde Besetzung der Schaffnerstellen mit zuverlässigen Personen wird dadurch mit ermöglicht, daß die Bewerber von vornherein mit den üblichen Trinkgeldern als einem namhaften Zuschuß zu dem Gehalt rechnen können.

U. hat nach seiner eigenen Angabe durch die Trinkgelder eine monatliche Einnahme von 13 bis 15 M., davon gibt er dem Führer täglich 20 Pf. ab. Daß der ihm noch verbleibende Betrag bei seinen Gehaltsverhältnissen für die Bestreitung des Lebensunterhaltes von nicht geringer Bedeutung ist, kann keinem Zweifel unterliegen.

Gilt die Unterstützung von Waisen als Unterstützung der unterhaltspflichtigen Mutter? Ersatzanspruch des Armenverbandes aus den Waisenrenten?

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Breslau** vom 17. März 1913.

Der klagende Armenverband hat den Kindern Margarete, Hildegard und Walther des am 17. Juli 1912 verstorbenen Monteurs Bruno H. aus Breslau zu Händen ihrer arbeitsfähigen, 30jährigen Mutter ein Almosen von monatlich 9 M. vom 1. Oktober bis zum 31. Dezember 1912 gewährt. Der Armenverband ist hierbei, wie er angibt, nach seinen Bestimmungen verfahren, nach denen arbeitsfähige Witwen keine Unterstützung und deren Kinder unter 14 Jahren eine Unterstützung von monatlich 3 M. erhalten sollen. Die beklagte Landesversicherungsanstalt hat den Kindern Waisenrenten im Betrage von jährlich 31,80 M. für jedes Kind vom 18. Juli 1912 an bewilligt.

Der Kläger verlangt auf Grund von §§ 1531 und 1536 RVO. Ersatz der Armenunterstützung aus diesen Renten in der gesetzlichen Höhe. Er vertritt die Ansicht,

Digitized by Google

die durch § 1531 RVO. geforderte Identität des Hilfsbedürftigen mit dem Rentenberechtigten sei gegeben, da nach den für die Armenverwaltung geltenden Bestimmungen die rentenberechtigten Kinder unterstützungsbedürftig gewesen und unterstützt worden seien.

Die Beklagte lehnt den Ersatzanspruch ab. Sie verneint die durch § 1531 RVO. vorgeschriebene Identität in der Person der Kinder. Die gesetzlichen Bestimmungen, nicht die des Klägers seien für die Entscheidung der Frage maßgebend, wer als Hilfsbedürftiger unterstützt worden sei. Nach der Armengesetzgebung sei wegen des Grundsatzes der armenrechtlichen Familieneinheit das Familienhaupt als unterstützt anzusehen, wenn die Unterstützung für einen den Unterstützungswohnsitz des Familienhauptes teilenden Angehörigen bewilligt sei (mittelbare Unterstützung). Die Kinder H., die einen eigenen Unterstützungswohnsitz gar nicht begründen könnten, teilten den ihrer Mutter. Als unterstützt müsse daher die Mutter der Kinder gelten, während nicht sie, sondern die Kinder rentenberechtigt seien. Hiernach sei der Ersatzanspruch des Klägers unbegründet.

Das Versicherungsamt hat die beklagte Versicherungsanstalt nach dem Antrage des klagenden Armenverbandes verurteilt. Gründe:

Die Entscheidung der Spruchsache hängt davon ab, ob Identität in den Personen des unterstützten Hilfsbedürftigen und des Rentenberechtigten anzunehmen ist.

Wer als unterstützter Hilfsbedürftiger anzusehen ist, muß, wie die Beklagte mit Recht bemerkt, nach den gesetzlichen Bestimmungen beurteilt werden. Es kann keine Rede davon sein, daß ein Armenverband durch eigene Bestimmungen die Auslegung des Gesetzes in dieser Hinsicht zu beeinflussen vermag. Der Hinweis des Klägers auf seine Bestimmungen ist daher unzutreffend.

Mit Recht macht die Beklagte auch geltend, daß das Familienhaupt als unterstützt anzusehen sei, wenn die Unterstützung für einen den Unterstützungswohnsitz des Familienhauptes teilenden Angehörigen bewilligt sei (mittelbare Unterstützung). Unhaltbar ist aber die Rechtsauffassung der Beklagten, daß in diesem Falle ausschließlich das Familienhaupt, also nicht auch der Angehörige als unterstützt zu gelten habe. Zu einer derartigen Ansicht, die anscheinend von Landesrat Dr. Brunn im Zentralblatt der Reichsversicherung von 1912 S. 353 f. vertreten wird, könnte freilich die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 10. November 1904 (Amtl. Nachr. 1905 S. 289), welche die Gewährung eines Almosens an den Ehemann wegen Alters beider Ehegatten zum Gegenstande hat, den Anstoß geben. Indessen sieht nicht nur die Entscheidung desselben Gerichtshofs vom 17. Dezember 1903 (Amtl. Nachr. 1904 S. 368 f.) den Angehörigen als ebenfalls Unterstützten an und widerlegt ferner Olshausen im Verwaltungsarchiv Bd. 15 S. 167 f. die im Urteile vom 10. November 1904 vertretene Auffassung des Gerichtshofes unter Hinweis auf die Entscheidung des Bundesamts vom 7. Oktober 1905, sondern das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz selbst ergibt, daß als unterstützter Hilfsbedürftiger auch der Angehörige aufgefaßt werden muß. Es sei z. B. an § 28 des Gesetzes erinnert: „Jeder hilfsbedürftige Deutsche muß vorläufig von demjenigen Ortsarmenverbande unterstützt werden, in dessen Bezirk er sich bei dem Eintritt der Hilfsbedürftigkeit befindet." Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß hier unter dem hilfsbedürftigen Deutschen, der unterstützt werden muß, der Angehörige unter sechzehn Jahren zu verstehen ist, der sich ohne sein Familienhaupt, mit dem er den Unterstützungswohnsitz teilt, in dem maßgebenden Bezirke befindet. Der Begriff der mittelbaren Unterstützung ist von der Rechtsprechung geprägt, um den Erwerb und Verlust des Unterstützungswohnsitzes, der sich in der Person des Familienhauptes vollzieht, durch eine derartige Unterstützung zu beeinflussen. Es soll keinen Unterschied machen, ob die Unterstützung dem Famlienhaupte selbst oder einem den Unterstützungswohnsitz teilenden Angehörigen gewährt wird. Dies ist der Zweck für die Aufstellung des Begriffes. In keiner Weise folgt aber aus dem Begriffe, daß nur das Familienhaupt, nicht aber der den Unterstützungswohnsitz teilende Angehörige als unterstützter Hilfsbedürftiger zu gelten habe (Olshausen, a. a. O. S. 168). Dies würde, wie schon dargetan, dem Wortlaute des Gesetzes, aber auch der natürlichen Auffassung widersprechen. In der Tat ist auch aus dem von Brunn angeführten Kommentare von Wohlers-Krech nichts derartiges zu entnehmen.

Hiernach müssen die Kinder H. als unmittelbar unterstützte Hilfsbedürftige und ihre Mutter als mittelbar Unterstützte angesehen werden. Nicht anders verhält es sich aber hinsichtlich der Waisenrenten.

Nach der Begründung zur Reichsversicherungsordnung ist die Hinterbliebenenversicherung nach folgenden Gesichtspunkten geregelt: Zunächst wird zwischen erwerbsfähigen und erwerbsunfähigen Witwen geschieden. Bei den erwerbsfähigen Witwen werden dann die Kinder in Betracht gezogen. „Die kinderlose erwerbsfähige Witwe vermag mindestens in dem gleichen Umfange tätig zu sein wie die ledige weibliche Person. Auch die erwerbsfähige Witwe mit Kindern ist einer laufenden Fürsorge dann nicht mehr so dringend bedürftig, wenn die Kinder erwerbstätig geworden sind." Anders urteilt das Gesetz über die Witwen mit Kindern in noch fürsorgebedürftigem Alter. Diesen Witwen soll dadurch geholfen werden, daß durch die Gewährung von Waisenrenten die Unterhaltskosten für die Kinder verringert werden.

Die Waisenrenten sind hiernach ebenso wie das den Kindern einer unterhaltspflichtigen Witwe gewährte Almosen gleichzeitig für die Witwe bestimmt. Dies ist nichts Ungewöhnliches. Leistungen

Digitized by Google

der Versicherungsträger sind nicht selten auch noch für andere Personen als den eigentlichen Empfänger bestimmt. Dies galt schon vor Einführung der Kinderzuschußrenten für die Invalidenrenten (Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 17. Dezember 1903 (Amtl. Nachr. 1904 S. 369).

Nach alledem liegen kongruente Verhältnisse auf dem Gebiete des Armenrechtes und der Versicherung vor. Die Witwe kann sich und die Kinder nicht unterhalten. Deshalb erhalten die Kinder ein Almosen und die Mutter wird so mittelbar unterstützt. Deshalb empfangen aber auch die Kinder die Waisenrenten. Mittelbare Empfängerin ist hier die Mutter. Dieser Begriff kann für die Versicherung ebenso gut wie für das Armenrecht aufgestellt werden. Eine gleichartige Auffassung der Verhältnisse entspricht dem Geiste der Reichsversicherungsordnung. Die Armenunterstützung ist subsidiärer Natur. Sie stellt einen Ersatz für die Leistungen des Versicherungsträgers dar, wenn diese nicht rechtzeitig erfolgen. Erfolgten die Leistungen des Versicherungsträgers rechtzeitig, so würde keine Armenunterstützung eintreten. Hätten die Kinder des am 18. Juli 1912 verstorbenen H. bereits am 1. Oktober die Waisenrenten erhalten, so wäre kein Almosen gezahlt worden. Darunter, daß Renten nicht rechtzeitig gezahlt werden können, darf der Armenverband nicht leiden. Er soll nach § 1531 RVO. in einem solchen Falle grundsätzlich Ersatz beanspruchen können.

Der Armenverband kann hiernach aus den Waisenrenten Ersatz des an die Kinder der Witwe gezahlten Almosens beanspruchen. Diese Ansicht wird auch im Kommentar von Lehmann in Anm. 14 zu § 1531 RVO. (S. 88/89) vertreten....

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts[1]).

Die Einzugsstellen haben, soweit sie freiwillige Beiträge einziehen, nicht lediglich als Beauftragte der Versicherten zu gelten, sondern behalten — wie abweichend von den Entscheidungen 1396, 1461, Amtl. Nachr. 1909 S. 464, 1910 S. 458 angenommen worden ist — auch insoweit die Eigenschaft öffentlicher Dienststellen (1735).

Der Wirkungskreis der Kontrollbeamten hat sich durchgehends, mit Kenntnis und Duldung der Versicherungsanstalten, über ihre engere Aufgabe hinaus auf das Beitragsentrichtungsgeschäft im weitesten Sinne ausgedehnt. Soweit die Versicherungsanstalten nicht hiergegen wirksame Vorsorge getroffen haben, müssen sie daher die von den Kontrollbeamten abgegebenen Anerkenntnisse der Versicherungspflicht oder der Versicherungsberechtigung gegen sich gelten lassen (1736).

Die im § 1686 Abs. 1 Satz 3 RVO. vorgesehenen Beschränkung des Oberversicherungsamts in der Auswahl von Aerzten als Sachverständigen bezieht sich nur auf die im § 1686 Abs. 1 Satz 1 erwähnten sog. Vertrauensärzte des Oberversicherungsamts (1737).

Die Vorschrift des Art. 66 Abs. 2 Ziff. 1 Einf.Ges. z. RVO. schließt die Annahme einer berufsmäßigen Beschäftigung im Sinne des Art. 65 Abs. 2 Satz 1 nicht aus, wenn weitere Unterbrechungen des Arbeiterverhältnisses stattgefunden haben (1738).

§ 1318 RVO. hindert den Empfänger einer Invalidenrente nicht, auf diese zu verzichten und die niedrigere Altersrente zu fordern (1739).

Das Oberversicherungsamt hat, wenn es im Berufungsverfahren den vom Vorstande der Versicherungsanstalt abgelehnten Anspruch aus § 1743 RVO. für begründet hält, den Anwartschaftsbescheid selbst zu erteilen (1740).

Für den Begriff des Orchesters (§ 1226 Abs. 1 Ziff. 4; vgl. § 165 Abs. 1 Ziff. 4) genügt das Zusammenspiel von mindestens drei Musikern, die sich in musikalischer Hinsicht einem Leiter unterordnen, mögen sie auch wirtschaftlich nicht von ihm abhängen; der Leiter kann auch selbst am Spiele teilnehmen. Fehlt ein Leiter, so handelt es sich lediglich um das Zusammenspiel mehrerer Musiker, die, wenn sie ihre Tätigkeit in Abhängigkeit von einem Arbeitgeber ausüben, ohne Rücksicht auf die Höhe des Entgelts versicherungspflichtig sind. — Für den Jahresarbeitsverdienst ist nach § 1246 Abs. 2 Ziff. 1 RVO. nur die Krankenversicherungspflicht maßgebend, nicht der zufällige Umstand, ob der Versicherungspflichtige auch zur Krankenkasse angemeldet ist oder nicht (1741).

Die Ehefrau eines Schuldieners, die sich an den ihm übertragenen Reinigungsarbeiten beteiligt, ist auch dann als im Dienste der Schulverwaltung versicherungspflichtig anzusehen, wenn von der für jene Arbeiten ausgesetzten Pauschentschädigung nach Abzug der Kosten (für Putzmaterial usw.) nicht ein Betrag verbleibt, der als Vergütung für ihre Tätigkeit gelten könnte (1742).

Bei langfristigen Arbeitsverhältnissen sind die Beitragsmarken spätestens in der letzten Woche jedes Kalendervierteljahrs einzukleben, auch wenn der Lohn in längeren Zeiträumen gezahlt wird (1743).

Pflichtbeiträge, die nach § 29 RVO. zwangsweise beigetrieben werden, sind nicht nur insoweit, als ihre freiwillige Nachbringung nach § 1442 RVO.

[1]) Heft 9 (vom 15. September 1913) der Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts. — Die Entscheidungen 1735, 1736 (des Großen Senats) 1737, 1738, 1741 bis 1746 sind als „grundsätzliche" bezeichnet.

Digitized by Google

zulässig ist, sondern in vollem Umfang rechtswirksam (1744).

Gegen die Entscheidung des Oberversicherungsamts nach § 1459 Abs. 1 RVO. ist ein Rechtsmittel auch dann nicht gegeben, wenn wesentliche Verfahrensvorschriften unbeachtet geblieben sind (1745).

In den Ausschüssen der Versicherungsanstalten ist schriftliche Beschlußfassung (vgl. § 7 RVO.) unzulässig (1746).

Sprechsaal.

Befreiung aus § 390 AVG. und freiwillige Weiterversicherung.

Wir erhalten folgende Zuschrift: In Nr. 25 1913 schreiben Sie auf S. 593 zu § 390 AVG.:

> „Die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung schließt, solange die Befreiung dauert, die freiwillige Entrichtung von Angestelltenbeiträgen — gleichviel in welcher Höhe — aus.
>
> Im Falle der freiwilligen Versicherung ist eine Befreiung von der eigenen Beitragsleistung nicht zulässig; jedoch kann die Gehaltsklasse beliebig niedrig gewählt werden."

Hierüber — hauptsächlich über den ersten Satz — sind in Angestelltenkreisen Zweifel entstanden. Man hat den Satz verschiedentlich so aufgefaßt, als ob bei einem von der Leistung des Angestelltenanteils befreiten Versicherungspflichtigen nach dem Aufhören der Versicherungspflicht (mit der Erreichung der 5000 Mark-Grenze) eine Weiterzahlung von Beiträgen überhaupt nicht möglich wäre. Denn nach dem Aufhören der gesetzlichen Pflicht wird doch der Arbeitgeber die Zahlung seines Anteils einstellen und dann muß doch der Versicherte, will er seine Versicherung aufrecht erhalten, diesen Anteil selbst weiter zahlen. Allerdings ist dies dann ja der — bisherige — Arbeitgeberanteil; es fehlt aber nicht an Stimmen, die annehmen, daß der Anteil dadurch, daß er vom Angestellten entrichtet wird, ebenso gut als Angestelltenanteil angesprochen werden könnte. Dies trifft wohl aber nicht zu. Denn vom Arbeitnehmeranteil ist der Versicherte ein für alle mal befreit, und wenn nach dem Aufhören der Versicherungspflicht der gesetzliche Arbeitnehmeranteil weiter gezahlt wird, so kann es sich doch wohl immer nur um diesen letzteren Anteil handeln, ganz gleich, von wem er tatsächlich gezahlt wird. Sonst müßten ja alle Versicherungen der von der persönlichen Beitragsleistung befreiten Angestellten verfallen, wenn die Versicherungspflicht vor der Erfüllung der gesetzlichen Wartezeit aufhört?

Ich wäre Ihnen für eine klare Antwort hierauf sehr verbunden.

Der zweite Satz obiger Notiz steht wohl nicht im Zusammenhange mit meiner Frage? — —

Hierzu bemerken wir zunächst, daß die beiden oben angeführten Sätze nicht eine eigene Aeußerung der Redaktion enthalten, sondern Grundsätze aus der Uebung der Reichsversicherungsanstalt wiedergeben. Wir halten aber diese Sätze und die ihnen in der Anfrage gegebene Auslegung für richtig. Ausdrücklich schließt der erste Satz nur die freiwillige Entrichtung von Angestelltenbeiträgen, im Falle der Befreiung auf Grund des § 390 AVG. aus. Bei der freiwilligen Versicherung hat nun allerdings der Angestellte die gesamten Beiträge zu entrichten oder doch zu tragen (§§ 15, 201, 394). Wäre gemeint, daß die Entrichtung dieser vollen Beiträge ausgeschlossen sei, so wäre der einschränkende Ausdruck „Angestelltenbeiträge" in jenem ersten Satz unangebracht. Gemeint kann nur sein, daß zwar die bei der bisherigen Pflichtversicherung dem Arbeitgeber zur Last gefallenen Anteile, nicht aber auch die auf den Angestellten entfallenen Anteile des Gesamtbeitrags weiter entrichtet werden können. Dies entspricht auch dem Sinn und Zwecke des Gesetzes. Die Weiterzahlung dieser letzteren Anteile wäre mit der Befreiung aus § 390 begrifflich unvereinbar, dagegen ist kein Grund zu finden, weshalb der von eigener Beitragsleistung während der Versicherungspflicht befreite Angestellte nicht befugt sein sollte, nach Wegfall dieser Pflicht, durch freiwillige Abführung der bisher vom Arbeitgeber getragenen Beitragsanteile sich den Anspruch auf die halben Leistungen des Gesetzes nach §§ 15, 201, 392 zu erhalten.

Während der hier erörterte erste der beiden Grundsätze den Fall betrifft, daß zuerst Befreiung nach § 390 erwirkt und dann die Voraussetzung der freiwilligen Versicherung eingetreten ist, behandelt der zweite Satz den umgekehrten Fall, daß ein freiwillig Versicherter sich nachträglich von eigener Beitragspflicht befreien will. Dies wird mit Recht für unzulässig erachtet, da § 390 nach seinem Zwecke und im Hinblick auf § 392 selbstverständlich nur auf die Zwangsversicherten bezogen werden kann (vgl. Manes-Königsberger Anm. 5 zu § 390).

Die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamtes bei den Uebertretungen des § 1495 RVO.

Der Kommentar von Hanow-Lehmann vertritt in Anm. 8 zu § 1495 RVO. die Ansicht, daß bei den Uebertretungen des § 1495 RVO. die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamtes durch den in die „Allgemeinen Vorschriften" über das Beschlußverfahren aufgenommenen § 1785 RVO. geregelt werde. Nach § 1785 ist in Sachen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung als erste Instanz des Beschlußverfahrens das Versicherungsamt örtlich zuständig, in dessen Bezirke die Beschäftigung stattgefunden hat, die den Anlaß zur Entscheidung gibt. Gegenüber dieser Rechtsauffassung betonen Düttmann-Seelmann in Anm. 7 zu § 1495 RVO., daß es sich in den Fällen des § 1495 nicht um eine Beschäftigung handele, die den Anlaß zu einer Entscheidung gebe. Sie halten das Versicherungsamt des Tatortes für zuständig. Der Handkommentar von Stier-Somlo bezeichnet ebenfalls, doch ohne Begründung dieses Versicherungsamt als ausschließlich zuständig.

Keine der beiden Ansichten kann jedoch einer genaueren Prüfung standhalten.

Mit Recht machen Düttmann-Seelmann geltend, daß in den Fällen des § 1495 RVO. nicht eine Beschäftigung den Anlaß zur Entscheidung gebe. Dies wird klar, wenn man erwägt, daß die Uebertretungen des § 1495 RVO. nicht nur vom Arbeitgeber oder Versicherten, sondern auch von jedem beliebigen Dritten be-

Digitized by Google

gangen werden können. Daß § 1785 in keiner Beziehung zu § 1495 steht, erhellt aber mit Sicherheit, wenn man das Versicherungsgesetz für Angestellte auf entsprechende Vorschriften hin durchsieht. § 347 AVG. gleicht vollkommen den ersten beiden Absätzen von § 1495 RVO., während § 348 AVG. mit den letzten beiden Absätzen von § 1495 RVO. wörtlich übereinstimmt. Nach § 347 AVG. wird freilich die Strafe vom Rentenausschusse, nach § 1495 RVO. vom Versicherungsamte verhängt. Beide Versicherungsbehörden entsprechen aber einander. Das Versicherungsgesetz für Angestellte weist nun im Gegensatze zur Reichsversicherungsordnung keinen besonderen Teil „Beschlußverfahren" auf. Der Inhalt von § 1785 RVO. wird aber im Versicherungsgesetze für Angestellte an den einzelnen in Betracht kommenden Gesetzesstellen wiedergegeben. Nach § 210 AVG., der dem § 1459 RVO. entspricht, entscheidet bei Streit über die Beitragsleistung der „für den Beschäftigungsort zuständige" Rentenausschuß. Allen anderen Streit zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern über Berechnung und Anrechnung, Erstattung und Ersatz der Beiträge entscheidet nach § 211 AVG., der mit § 1461 RVO. übereinstimmt, der „für den Beschäftigungsort zuständige" Rentenausschuß endgültig. Daß in § 347 AVG., der Parallelbestimmung zu § 1495 RVO., nicht auch von dem „für den Beschäftigungsort zuständigen" Rentenausschusse, sondern nur vom Rentenausschusse gesprochen wird, ist kennzeichnend. Der Inhalt von § 1785 RVO. ist offenbar absichtlich in § 347 AVG. nicht aufgenommen worden. Er muß für diese Vorschrift nicht zugetroffen haben. Ist dies aber der Fall, dann steht § 1785 RVO. zu dem mit § 347 AVG. inhaltsgleichen § 1495 RVO. in keiner Beziehung.

Aber auch die Ansicht, die Zuständigkeit werde ausschließlich durch den Tatort bestimmt, ist nicht aufrecht zu erhalten. Im Strafprozeßrechte (§§ 7, 8 StPO.) sind der Gerichtsstand der begangenen Tat und der des Wohnsitzes des Angeschuldigten vollkommen gleichberechtigt. Faßt man das Versicherungsamt als ein auch zur Strafrechtspflege berufenes Sondergericht auf, so läßt sich die Annahme nicht von der Hand weisen, daß in den Fällen des § 1495 RVO. das Versicherungsamt des Tatortes und das des Wohnsitzes des Beschuldigten nebeneinander zuständig seien. Die Gleichwertigkeit des Tatortes und des Wohnsitzes des Beschuldigten für die örtliche Zuständigkeit des Versicherungsamtes in den Fällen des § 1495 RVO. geht jedoch noch besser aus § 13 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Rentenausschüsse vom 14. Februar 1913 (RGBl. Nr. 13) hervor. Dort wird gesagt, daß im Falle des § 347 AVG., also der Parallelbestimmung zu § 1495 RVO., sowohl der Rentenausschuß des Wohnortes des Beschuldigten als auch der Rentenausschuß, in dessen Bezirke die strafbare Handlung begangen worden sei, zuständig sei.

Bei Uebertretungen des § 1495 RVO. sind demnach das Versicherungsamt des Tatortes und das des Wohnortes des Beschuldigten nebeneinander zuständig. Unter dem Wohnorte des Beschuldigten wird man bei entsprechender Anwendung des § 8 StPO. den Wohnort des Täters in dem Zeitpunkte, in dem die Uebertretung dem Versicherungsamte bekannt geworden ist, zu verstehen haben.

Magistratsassessor Dr. Goerlitz in Breslau.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zum Kampfe der Krankenkassen und Aerzte.

In diesem so höchst bedauerlichen Kampfe sind die Verhandlungen und Schläge einander dicht gefolgt. Wir haben es nicht für unsere Aufgabe halten können, über jede einzelne Phase des Kampfes zu berichten. Die Leser unserer Zeitschrift, die alle 10 Tage erscheint, würden die Berichte immer erst empfangen haben, wenn sie längst durch den Fortgang der Ereignisse überholt waren. Jetzt aber hat die Entwicklung zu einem Zustande geführt, der, wie befürchtet werden muß, Verhandlungen zwischen den beteiligten Verbänden und wesentliche Aenderung ihres Verhältnisses zueinander für absehbare Zeit ausschließt.

Der deutsche Aerztevereinsbund hatte auf den 26. Oktober einen **außerordentlichen Aerztetag** nach Berlin einberufen. Er war von 384 Vereinen mit über 21000 Stimmen beschickt. Der Anlaß ergibt sich aus der Ansprache, mit der der Vorsitzende des Ausschusses, Sanitätsrat Dr. Dippe (Leipzig), die Verhandlungen eröffnete. Er bemerkte:

Am 30. September beriet der Betriebskassenverband unseren Vertragsentwurf und beschloß, ihn im Einvernehmen mit den anderen Kassenverbänden glatt abzulehnen. Es war das nur ein formeller Beschluß, denn die Ablehnung stand schon vorher fest. Bereits am 24. September hatte der Essener Verband seinen Unterverbänden und Kassen mitgeteilt, aus den Verhandlungen würde nichts herauskommen. Trotzdem fand eine zweite Besprechung statt, zu der als Vertreter der Kassenverbände Herr Heinemann erschienen war. Doch auch diese verlief resultatlos, und am 12. Oktober endlich lief die bekannte Antwort ein, jetzt endlich eine wirklich glatte Absage, die schon am 24., spätestens am 30. September feststand, und die wir mit Hilfe kräftigen Drängens am 12. Oktober in die Hände bekamen. Als wir im Bureau des Leipziger Verbandes saßen und berieten, was auf diese Absage zunächst zu geschehen habe, da empfanden wir neben mancherlei Ernstem und Schwerem doch auch ein köstliches Gefühl der Erleichterung der Befreiung. Das war endlich die langersehnte Klarheit. Nun ist der Augenblick, aber auch der letzte und einzige Augenblick, in dem wir den Verfall unseres Standes aufhalten und ihn wieder auf die Höhe bringen können, die ihm gebührt und von der aus allein er seine großen und schönen Aufgaben erfüllen kann. Wir streiten nicht für uns und unser persönliches Wohlergehen. Das Ziel steht höher. Wir wollen unserem deutschen Vaterlande das erhalten, was es bisher als köstlichsten Schatz besessen hat: einen freien, stolzen Aerztestand.

In einem längeren Bericht trat dann Dr. Hartmann, der Vorsitzende des Leipziger Verbandes für die wirtschaftlichen Interessen der Aerzte, für entschlossenen Kampf gegen die Krankenkassen ein, da diese alle Nachgiebigkeit der Aerzte mißachtet und eine Verständigung vereitelt hätten.

Der deutsche Aerztestand werde an Tüchtigkeit und Hingebung zu seinem schweren Beruf von keinem anderen in der Welt übertroffen, wer wolle es ihm verdenken, wenn er seine alten Rechte verteidige, besonders wenn er es nicht aus materiellen Gründen tue. Wir Aerzte

Digitized by Google

sind nicht dazu da, um unsere besten Kräfte im gewerkschaftlichen Streite zu verzetteln. Deshalb haben wir uns dem Spruch eines Schiedsamtes unterstellen wollen. Die Kassenvertreter haben diesen Vorschlag selbst als loyal bezeichnet, aber als es ernst wurde, waren sie es, die sich zurückzogen. Die Kassenvorstände wollen einfach nicht. Sie wollen von der Uebermacht auch nicht ein Jota abgehen, und deshalb verlangen sie den Statusquo. Was aus den Aerzten werden soll, die durch Zusammenlegung der Kassen ihr Brot verlieren, das ist den Kassen gleichgültig. Hierauf ging Dr. Hartmann auf die einzelnen Streitpunkte des Vertragsentwurfs ein und führte aus: Warum die fünf vereinigten Krankenkassen nicht in die dargereichte Friedenshand eingeschlagen haben, darüber hört man allerlei. So sagt man, die Kassen seien verstimmt, weil durch die verschärften Bestimmungen dem Vorstande die Flügel geschnitten sind, und sie wollen nun Rache nehmen, indem sie in der Aerztefrage die größte Verwirrung anrichten. Dann behaupten die Vertreter, ihr Einfluß reiche nicht so weit, die Kassen werden ihre Weisungen nicht befolgen. Wenn dies wahr wäre, mit welchem Recht haben sie dann mit uns verhandelt? Es ist aber nicht wahr, denn sie haben ihren Kassen Befehle erteilt, und diese haben sie befolgt. Aber sie wollen keinen Frieden, ihr Herrenstandpunkt erlaubt es ihnen nicht, sich mit den Aerzten zu verständigen. Sie haben die Verhandlungen nur zum Schein geführt, und nicht nur mit uns, sondern mit der ganzen Oeffentlichkeit frevelhaftes Spiel getrieben. Der Name des Leipziger Verbandes hat einen so üblen Klang bei ihnen, daß man ihm den Triumph, den Frieden zustande gebracht zu haben, nicht lassen wollte. Was wird nun werden? Die Anwendung des § 370 RVO. wird uns nicht einschüchtern. Er wird nur die Krankenkassen schädigen. Es bleibt also nur die Verstaatlichung. Wir lehnen das Beamtentum aus ethischen Gründen ab, sonst aber konnten wir aus materiellen Gründen den Schritt nur begrüßen. Aber dazu besteht ja auch gar keine Geneigtheit an den maßgebenden Stellen. Und wenn der § 370 angewendet wird, dann sind wir in der angenehmen Lage, noch besser als ein Rechtsanwalt unser Honorar sicherzustellen und einen Vorschuß zu verlangen. Wenn die Kassen drohen, daß sie ihre Mitglieder über die Aerzte aufklären werden, so werden auch wir die Mitglieder aufklären. Kein Vertrag darf mehr abgeschlossen werden, und wären die Bedingungen noch so günstig. Jetzt gibt es nur noch einen vertragslosen Zustand. Der Kampf muß bis zum Siege durchgeführt werden. Und sollten sich Söldlinge finden, die für Judaslohn uns verraten, so darf nicht eher Friede geschlossen werden, bis diese Fremdlinge den Schauplatz ihrer Tätigkeit verlassen haben. Auf die Mitwirkung von drei großen Städten, Dresden, Berlin, Hamburg müssen wir leider verzichten. Diese werden wegen ihrer Zerrissenheit einen wenig ehrenvollen Frieden schließen. Aber auch diese Städte stehen mit ihren Sympathien auf unserer Seite.

Daran schloß der Redner die Verlesung des Entwurfs einer Resolution, die von der Versammlung mit stürmischem Beifall auf- und angenommen wurde, gegen den Widerspruch von nur vier Abgeordneten mit etwa 160 Stimmen. Die Resolution der Aerzte lautet:

„Nachdem die fünf verbündeten Krankenkassenverbände es abgelehnt haben, sich mit der Vertretung der Aerzte über den ihnen vorgelegten Friedensvorschlag zu einigen, einen Vorschlag, in dem ihnen die Aerzte bis an die äußerste Grenze des Möglichen entgegengekommen sind, bleibt den im Deutschen Aerztevereinsbunde und seiner wirtschaftlichen Abteilung dem Leipziger Verbande, vereinigten Aerzten nichts anders übrig als mit dem Tage des Inkrafttretens der neuen Krankenversicherung den ihnen aufgedrungenen Kampf gegen die Kassenvorstände aufzunehmen. Sie tun dies in voller Einmütigkeit und dem sicheren Bewußtsein, nichts unversucht gelassen zu haben, um die Träger der sozialen Versicherung vor einer zweifellos schweren Erschütterung zu bewahren. An dem Starrsinn und dem Hochmut der Führer im Krankenkassenwesen sind ihre ehrlichen Bemühungen gescheitert und ihre besten Absichten zerschellt. Deshalb macht es der am 26. Oktober im „Rheingold" zu Berlin versammelte außerordentliche deutsche Aerztetag, auf dem 384 Aerztevereine von 458 Abgeordneten mit 21207 Stimmen vertreten sind, jedem einzelnen Arzte und jeder örtlichen Aerztevertretung zur heiligen Pflicht, von jetzt ab mit keiner Krankenkasse einen Vertrag abzuschließen und die kassenärztliche Versorgung aller früheren wie auch der neu hinzutretenden Versicherten unbedingt abzulehnen. Nur die ärztliche Vertragstätigkeit muß aufhören, das gesundheitliche Interesse der Versicherten wird in keiner Weise beeinträchtigt. Die Kranken werden die Hilfe ihres Arztes nach wie vor finden, uneingeschränkt, nur ohne die Einmischung einer Kassenverwaltung. Den Krankenkassen kann unter der Voraussetzung der Unerfüllbarkeit der ärztlichen Forderungen von ihren Aufsichtsbehörden das Recht verliehen werden, den Versicherten an Stelle der freien ärztlichen Behandlung eine Barentschädigung zu gewähren. Dieses Recht sollen sie so lange ausüben, bis den ärztlichen Organisationen die sichere Gewähr gegeben ist, daß die Kassenärzte ihrem Beruf wieder unabhängig, frei von unsachlicher Beeinflussung und unter angemessenen Bedingungen nachgehen können. Wann dieser Zeitpunkt gekommen sein wird, wird der Geschäftsausschuß des Deutschen Aerztevereinsbundes festsetzen, und er wird das nicht eher tun, als bis sich die kassenärztlichen Verhältnisse ausnahmslos, selbst im kleinsten Orte und im entlegensten Winkel, zur vollen Zufriedenheit der organisierten Aerzte ordnen lassen. Wenn bei alledem der Gedanke der Sozialversicherung und die Krankenversicherung selbst Schaden erleiden und vielleicht die Selbstverwaltung der Versicherungsträger in Gefahr gerät, so haben die Führer der Kassenverbände durch ihr kaltes Zurückweisen der ihnen gebotenen Friedenshand die Verantwortung allein zu tragen."

Die Vertreter der **fünf großen Kassenverbände** traten alsbald zu einer Sitzung in Berlin zusammen und nahmen in folgender Erklärung Stellung zu den Beschlüssen des Aerztetages:

„1. Auf dem gestrigen Aerztetage haben die Aerzteorganisationen beschlossen, keine Verträge mehr mit den Krankenkassen einzugehen. Sie wollen die erkrankten Versicherten nur noch als Privatpatienten behandeln und es empfahl der Vorsitzende des Leipziger Aerzteverbandes nur, dies gegen Vorausbezahlung zu tun. Dieses Vorgehen bedeutet den allgemeinen Kampf gegen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung und den Generalstreik diesen gegenüber. Es wird jetzt das ausgeführt, was bereits am 18. Februar 1912 die Aerzteorganisationen offiziell beschlossen haben: zur erfolgreichen Durchführung der Beschlüsse des Stuttgarter Aerztetages sind die bisherigen Einzelkämpfe zu vermeiden. Es ist vielmehr ein gleichzeitiges, geschlossenes gleichmäßiges und einheitliches Vorgehen aller kassenärztlichen Lokalorganisationen unerläßlich.

2. Es entspricht nicht der Wahrheit, daß den Aerzten der Kampf von den Krankenkassen aufgedrungen worden ist. Die Krankenkassen haben keine Forderungen an die Aerzte gestellt, wohl aber die Aerzteorganisationen sehr viele und ganz unange-

Digitized by Google

messene an die Krankenkassen. Die Kassen befinden sich lediglich in der Abwehr. Einigungsverhandlungen sind gescheitert, weil die Aerzteorganisationen allgemein die Durchführung der freien Arztwahl bei den Kassen durchsetzen und das Kassensystem nur noch ausnahmsweise und für eine kurze Uebergangszeit bestehen lassen wollen. Der Arzt selbst sollte nach den Vorschlägen der Aerzte nur durch die Organisationen zur Kassenpraxis zugelassen werden. Die Abstufung der Honorare sollte nach der Höhe der Einnahmen der Versicherten erfolgen, alle Arztverträge sollten zum gleichen Zeitpunkte ablaufen. Diese Forderungen der Aerzteorganisationen wurden als Mindestforderungen bezeichnet. Bei dieser Regelung würde den nach dem Gesetz verantwortlichen Kassenvorständen der Einfluß auf die Kassenverwaltung genommen werden. Die Kassen würden schließlich nur noch Beiträge aufzubringen haben, um die durch die Aerzte verfügten Ausgaben zu decken. Für eine Gestaltung der Verhältnisse, die die Kassen den Aerzteorganisationen so ausliefert, kann kein Kassenvertreter die Verantwortung übernehmen.

3. Wenn behauptet wird, daß die Krankenkassen mit den Aerzteorganisationen nicht verhandeln, diese vielmehr zertrümmern wollten, und den sogenannten Herrenstandpunkt einnehmen, so entspricht das dem Gegenteil der Wahrheit. Die Kassen haben bei den Einigungsverhandlungen Vorschläge gemacht, die unzweideutig ergeben, daß sie im Interesse des Friedens in weitestgehender Weise Beschränkungen in ihren gesetzlich gewährleisteten Rechten zugunsten der Aerzteorganisationen vornehmen wollten. Bezeichnend ist, daß diese Vorschläge der Kassen nicht nur glattweg abgelehnt, sondern fast totgeschwiegen werden.

4. Die Vertreter der Krankenkassen sind in Anerkennung der hohen Bedeutung des Arztberufes den Aerzten soweit entgegengekommen, als es die ihnen auferlegte Verantwortung und die Wahrung der ihnen anvertrauten hochwichtigen Interessen der öffentlich-rechtlichen Krankenversicherung zuließen. Die Krankenkassen sprechen deshalb die Erwartung aus, daß die Behörden und der Gesetzgeber durch die Aerzteorganisationen sich nicht einschüchtern lassen und unangemessene Forderungen der Aerzteorganisationen ablehnen werden. Es handelt sich um die Entscheidung, ob die Interessen eines einzelnen Berufsstandes über das Wohl von Millionen von Versicherten gestellt werden sollen."

Wir wollen hierzu nur folgendes bemerken: Beide Teile legen einander wechselseitig die Schuld an dem Scheitern der Einigung zur Last. Wer sich darüber ein Urteil bilden will, der lese die Dokumente über den Gang der Verhandlungen, die in der „Betriebskrankenkasse" vom 25. Oktober 1913 zusammengestellt sind. Da gewinnt man denn doch ein anderes Bild, als aus den Darstellungen der Führer der Aerzte, deren Objektivität und ernster Friedenswille gerade durch ihre eigenen Erklärungen auf dem Aerztetage recht sehr in Frage gestellt wird. Der eine empfindet „ein köstliches Gefühl der Erleichterung, der Befreiung" beim Empfange einer Erklärung, die er als „Absage" der Kassen bezeichnet; und der andere trägt kein Bedenken, bei so ernstem Anlaß den Vertretern der Kassen ein nichtswürdiges Motiv ihres ablehnenden Verhaltens unterzuschieben auf Grund einer Behauptung, die sich schon ihrer Form nach als Klatsch kennzeichnet: „So sagt man (!), die Kassen seien verstimmt, weil durch die verschärften Bestimmungen dem Vorstande die Flügel geschnitten sind, und sie wollen nun Rache nehmen, indem sie in der Aerztefrage die größte Verwirrung anrichten." Und weiterhin als Gegenstück zu dem „köstlichen Gefühl" des ersten Redners: „Wenn der § 370 RVO. angewendet wird, dann sind wir in der angenehmen Lage, noch besser als ein Rechtsanwalt unser Honorar sicherzustellen und einen Vorschuß zu verlangen." Wenn hiernach die Führer der Aerzte so stark betonen, daß die nun drohende Anwendung des § 370 ein ihnen erwünschter Erfolg ist, so dürfen sie sich nicht wundern, wenn der Verdacht Platz greift, daß sie es sind, die auf diesen Erfolg hingearbeitet haben — zumal wenn man sich erinnert, wie sie die Verständigungsversuche im Reichsamt des Innern vereitelt haben durch die nur als Vorwand zu verstehende Weigerung, mit Vertretern des Reichsverbandes deutscher Aerzte gemeinsam zu verhandeln!

Was die Könige einbrocken, müssen die Völker ausessen. Der Aerztetag mußte jubelnd die ihm unterbreitete Resolution annehmen, die u. a. folgenden Satz enthält: „Nur die ärztliche Vertragstätigkeit muß aufhören, das gesundheitliche Interesse der Versicherten wird in keiner Weise beeinträchtigt." Das ist nichts anderes als Hohn, der gar übel zusammenklingt mit der sonst so gern gerühmten opferbereiten Hingebung. Barzahlung nach der Taxe und Vorschuß für ihre gewißlich schwere und opfervolle Berufsbetätigung von ihren Privatpatienten zu fordern, ist das gute Recht der Aerzte. Aber sie wissen sehr wohl, daß das große Heer der Versicherten diese Anforderung nicht erfüllen kann, auch dann nicht erfüllen kann, wenn die Kasse ihnen den im § 370 vorgesehenen Geldbetrag zu gewähren hat; und die Aerzte wissen daher, daß, wenn sie an ihrem Vorsatz festhalten, zahlreiche Kranke in Stadt und Land ohne ärztliche Behandlung bleiben. Gleichwohl versichern sie: „das gesundheitliche Interesse der Versicherten wird in keiner Weise beeinträchtigt."

Nein, das ist eine krasse Unwahrheit. Die notgedrungene Anwendung des § 370 würde ein schweres, für längere Dauer kaum zu ertragendes Uebel sein. Denn auch das käme noch in Betracht, daß viele Versicherte, die allenfalls den Vorschuß und das volle taxmäßige Honorar für den Arzt aufbringen könnten, ihn dennoch lieber umgehen und den von der Kasse empfangenen Geldbetrag anderweitig verwenden würden. Jedenfalls hätte man mit einer erheblichen Beeinträchtigung nicht nur der Gesundheit der einzelnen, sondern auch der Volksgesundheit zu rechnen. Und die Aerzte? Einzelne von ihnen — nicht die besten vielleicht — würden in dem so entfesselten schrankenlosen Wettbewerb nicht übel fahren; die große Mehrzahl der nun nur noch gegen Vorschuß hilfsbereiten Aerzte würde schwere Einbuße erleiden — an Vermögen und Ansehen.

Die Krankenauslese bei der Heilbehandlung der Lungentuberkulose.

Hierüber enthält die „Medizinische Reform" in Nr. 22 vom 25. Oktober 1913 Ausführungen von Siegmund-Schultze in Köthen, denen wir das folgende entnehmen. Es werden zunächst die in den letzten Jahren bei der Behandlung Tuberkulöser erzielten Dauererfolge dargelegt und auf die bessere Auswahl geeigneter Kranker für Heilverfahrungszwecke zurückgeführt. Dann heißt es:

Zu den wichtigsten Maßnahmen gegen die Lungentuberkulose überhaupt gehört nämlich die sorgfältige Ermittlung, Auswahl und Gruppierung der zur Heilbehandlung geeigneten Personen.

Digitized by Google

Der Auslese geeigneter Kranker dienen in erster Linie die „Auskunftsstellen für Lungenkranke", welche vielfach mit den Fürsorgestellen verbunden sind, zurzeit etwa 720 im Deutschen Reiche. Mit ihnen arbeiten etwa 600 „Tuberkulosenausschüsse". Beide suchen in mühevoller Kleinarbeit die Familien auffindig zu machen, in denen die Krankheit zur Erscheinung kommt, soweit nicht der betreffende Krankheitsfall schon anderweit zur Kenntnis der Auskunftsstelle und Behörden gelangt ist. Diese Arbeit bedarf aber, wenn sie von wirklichem Erfolg begleitet sein soll, der tatkräftigen Unterstützung seitens der Aerzte, Krankenhausverwaltungen, Krankenkassen, Schulbehörden und anderer mehr. Jeder Fall von Lungentuberkulose, der zur Kenntnis der genannten Organe gelangt, sollte unverzüglich der Auskunftsstelle angezeigt werden. Viele Familien scheuen leider erfahrungsgemäß noch immer das Geständnis, daß eines ihrer Mitglieder an Tuberkulose leide, und zeigen dieses nicht an, geben sogar absichtlich falsche Meldungen ab. Die polizeiliche Meldepflicht überdies beschränkt sich leider immer noch in vielen Gegenden Deutschlands auf Todesfälle, und nicht auf alle Erkrankungsfälle an Lungentuberkulose, sondern nur auf Schwererkrankungen, bei denen die Kranken die Wohnung wechseln, und auf Krankheitsfälle, welche in einer Schule oder sonstigen Unterrichts-, Erziehungs- oder Bewahranstalt oder in den dazu gehörigen Räumlichkeiten sich ereignen. Unter diesen Umständen gelangen nicht einmal alle Fälle offener Tuberkulose bei mangelhaften Wohnungsverhältnissen, geschweige denn Fälle leichteren Charakters zur rechtzeitigen Kenntnis der Behörden, wiewohl eine möglichst frühzeitige Ermittlung der Tuberkulosefälle die Grundlage aller prophylaktischen Maßnahmen, namentlich auch nach seiten der Wohnungsfürsorge, bildet. Die Ausdehnung der Anzeigepflicht auf sämtliche Erkrankungsfälle ist daher in erster Linie anzustreben, die Aerzte aber sind nebst den Kassen, eventuell durch Zubilligung eines angemessenen Honorars für die Anzeige (etwa 2 M.) mehr wie bisher für die Sache zu interessieren.

Neben den Auskunftsstellen für Lungenkranke dienen der Auswahl der für die Heilstätte bestimmten Kranken die Polikliniken und medizinischen Universitätsinstitute, die ja auch die Behandlung der Kranken übernehmen, ferner die Schulärzte, zurzeit etwa 1500, und die Lehrerschaft sowie die militärischen Untersuchungsbehörden.

Allein eine langjährige Erfahrung hat gelehrt, daß die genannten Stellen in vielen Fällen nicht imstande sind, diejenige feinere Unterscheidung zu treffen, welche bei der Auswahl der für eine Lungenheilstätte geeigneten Kranken unentbehrlich ist. Viele Heilstätten kranken bis vor kurzem und kranken noch jetzt darunter, daß ihnen Personen überwiesen werden, bei welchen sich nach der Aufnahme herausstellt, daß aktive Tuberkulose nicht oder wenigstens nicht mehr vorliegt, oder deren Leiden schon so weit vorgeschritten ist, daß die Erwerbsfähigkeit — was mindestens gefordert werden muß — mit Dauerfolg von mindestens 50 % auf eine längere Reihe von Jahren hinaus nicht wiederhergestellt werden kann. Solche Kranke nehmen den für eine Heilbehandlung geeigneten Kranken den Platz weg. Diese müssen daher eine längere Wartezeit durchmachen. Unterdessen aber gefährden sie unter oft mißlichen häuslichen Verhältnissen ihre Angehörigen durch ihre Ansteckungsfähigkeit aufs äußerste; auch kann ihr eigenes Leiden inzwischen eine erhebliche Verschlimmerung erfahren. Man muß also ernstlich darauf bedacht sein, solche Kranke von den Heilanstalten fernzuhalten. Um dies zu erreichen, hat z. B. die Landesversicherungsanstalt für Sachsen-Anhalt im Jahre 1909 eine besondere Beobachtungsstation für Lungenkranke in Merseburg eingerichtet und diese dem dortigen Krankenhause angegliedert; neuerdings auch mit der Verwaltung des Kahlenbergstiftes in Magdeburg einen den gleichen Zweck verfolgenden Vertrag abgeschlossen. In Merseburg sind z. B. im Jahre 1910 an 3291 Verpflegungstagen für rund 8700 M. 168 Männer und 78 Frauen in je etwa 5—8 Tagen, teilweise auch länger, beobachtet worden; von diesen wurde für 140 Männer und 57 Frauen das Heilverfahren in einer Lungenheilstätte übernommen, 49 wurden als ungeeignet ausgeschieden und großenteils nach dem Erholungsheim Rodberg bei Berka gebracht.

Es liegt aber auf der Hand, daß diese beiden Beobachtungsstellen dem oben näher gekennzeichneten Gruppierungsbedürfnis noch nicht genügen. Sie dienen nur Merseburg, Halle und Magdeburg sowie der näheren Umgegend dieser Städte. Von den Mehrkosten abgesehen können weiterwohnende Kranke oft die Reise nach dorthin nicht ohne Gefahr der Verschlimmerung ihres Leidens unternehmen. Es sollte daher in allen Provinzen nach dem Vorgange der Landesversicherungsanstalten Rheinprovinz und Schlesien dazu übergegangen werden, als Appendizes der Krankenhäuser, Universitätspolikliniken oder Fürsorgestellen Vor- oder Beobachtungsstationen einzurichten, an deren Spitze diejenigen Aerzte zu stehen haben würden, welche der Anstalt als bewährte Gutachter gerade für Lungenkranke aus Erfahrung bekannt sind. Dementsprechende Vereinbarungen sind bereits in der Rheinprovinz mit 30—40 Krankenhäusern, in Schlesien mit 20—30 Krankenhäusern bis jetzt getroffen worden. Ja, man sollte nach dem Vorgange wiederum der Rheinprovinz auch sogenannte „Durchgangsstationen für Lungenkranke" in Krankenhäusern einrichten. Die für die Aufnahme in eine Heilstätte geeigneten Kranken werden dort, ehe sie in die Heilstätte gelangen, besonderen „Tuberkuloseabteilungen" überwiesen, bis für sie ein Platz in einer Heilstätte frei wird; das Leben der Kranken und ihre Behandlung wird in den Durchgangsstationen entsprechend den Heilstätten eingerichtet. In der Rheinprovinz gab es Ende 1910 sieben solcher Durchgangsstationen; jede von der Versicherungsanstalt benutzte Lungenheilstätte hat dort ihre eigene Durchgangsstation oder wird sie noch erhalten. Im Jahre 1910 sind 2230 Lungenkranke daselbst den Durchgangsstationen überwiesen worden. Obwohl es sich dabei ausschließlich um Personen handelte, die nach Lage der Sache als für eine Heilstättenkur geeignet bezeichnet waren, wurden doch in den Durchgangsstationen noch 501 Fälle ausgeschieden: Bei etwa einem Viertel derselben war die Erkrankung zu weit vorgeschritten, während etwa 260 einer Heilstättenkur nicht bedurften und in den anderen Fällen endlich von einer Lungentuberkulose überhaupt keine Rede war.

Die Einrichtung zahlreicher, die Auskunftsstellen in ihrer schweren Arbeit unterstützenden Vor- und Durchgangsstationen nach dem Muster der rheinischen und schlesischen kann also für ganz Preußen im Interesse einer zweckmäßigeren und erfolgreicheren Versorgung und Heilung der Lungenkranken, nicht zuletzt aber auch im eigenen finanziellen Interesse der Versicherungsträger nur aufs wärmste empfohlen werden.

Einlegung von Rechtsmitteln an Kaisers Geburtstag.

Mit Bezug auf die Ausführungen des Rechtsanwalts Liffner in der Deutschen Jur. Ztg. (1913 Sp. 695), die wir hier in Nr. 20 S. 475 mitgeteilt haben, ist uns eine Zuschrift zugegangen, welche die Voraussetzung des

Digitized by Google

dort empfohlenen Wegs der Abhilfe, daß nämlich die Post keinen früheren Dienstschluß an Kaisers Geburtstag kenne und daher die Aufgabe einer Rechtsmittelschrift durch eingeschriebenen Brief wie an Wochentagen möglich sei, als irrig bezeichnet und deshalb vorschlägt, daß die Geburtstage des Kaisers und der übrigen Landesherrn für die Fristberechnung den Sonn- und Feiertagen gleichgestellt werden sollen. Nach Mitteilungen von anderer Seite wiederum hatten wir Grund zur Annahme, daß die Sache nicht einheitlich, sondern, unter Berücksichtigung örtlicher Verhältnisse, verschieden geregelt sei. Wir haben uns daher mit einer Bitte um Auskunft an das Reichspostamt gewendet und folgenden Bescheid erhalten:

„Die Postschalterdienststunden werden allgemein nach Maßgabe der örtlichen Verhältnisse festgesetzt und durch die bei den Postanstalten aushängenden Postberichte zur Kenntnis des Publikums gebracht. Am Geburtstage Seiner Majestät des Kaisers ist der Postdienst bestimmungsgemäß wie an den allgemeinen Feiertagen geregelt, d. h. die Postschalter werden im Sommerhalbjahre von 7 oder, wenn dies ausreichend erscheint, von 8 Uhr, im Winterhalbjahre von 8 bis 9 Uhr morgens und innerhalb der Zeit vom Schlusse des Hauptgottesdienstes bis 1 Uhr nachmittags in der Regel während einer Stunde, höchstens aber zwei Stunden lang offengehalten. Wo ein dringendes Verkehrsbedürfnis vorliegt, dürfen die Schalterdienststunden am Geburtstage Seiner Majestät des Kaisers entsprechend erweitert werden.

Soweit die örtlichen Verhältnisse es gestatten, werden Einschreibbriefe von den Postanstalten auch außerhalb der Schalterdienststunden angenommen. Für derartige Einschreibbriefe ist eine besondere Einlieferungsgebühr von 20 Pf. im voraus zu entrichten. Bei welchen Postanstalten von dieser Einrichtung Gebrauch gemacht werden kann, ist aus den Postberichten zu ersehen.

Ueber Einschreibbriefe, die entgegen den Bestimmungen der Postordnung durch die Briefkasten eingeliefert worden sind, werden Einlieferungsbescheinigungen nachträglich nicht erteilt."

Wir bemerken, daß die Frage für das Gebiet des Reichsversicherungsrechts deshalb von geringerer Bedeutung ist, weil nach § 129 RVO. die Rechtsmittelfrist auch dann als gewahrt gilt, wenn die Schrift rechtzeitig bei einer anderen als der zur Entscheidung berufenen inländischen Behörde oder bei einem Organe der Versicherungsträger eingegangen ist. Immerhin ist die Sache wichtig, wenn eine Frist zu wahren ist, die nicht zu den Rechtsmittelfristen gehört, z. B. Anmeldefristen verschiedener Art.

Der Geburtenrückgang im Deutschen Reiche

beschäftigt, als eines der ernstesten sozialen Probleme, fortdauernd die Statistiker und Sozialtheoretiker. In den „Annalen des Deutschen Reichs" (1913 Nr. 9) finden sich zwei lehrreiche und interessante Arbeiten über den Gegenstand: Eine Literaturübersicht von Biermann mit eingehenden Inhaltsangaben und eigener Würdigung des Verfassers hinsichtlich der Ursachen des Uebels und der Heilmittel, und eine Abhandlung von Dr. Eichelmann, Direktor des Statistischen Amts der Stadt Straßburg i. E. über den Geburtenrückgang in dieser Stadt. Aus der letzteren Arbeit teilen wir hier mit, was der Verfasser am Schlusse zusammenfassend zur Erklärung der Erscheinung bemerkt:

„Es sind beim Geburtenrückgang viele Faktoren am Werk, die gleichzeitig auftreten, und jeder verrichtet in seinem Anhängerkreis das Nötige. Der Egoismus, der Luxus und die Vergnügungssucht, die Verfeinerung der Lebenshaltung in Verbindung mit einer allgemeinen Teuerung; das gesteigerte Verantwortlichkeitsgefühl hinsichtlich der Kinder, der durch die bisherige starke Bevölkerungsvermehrung eingetretene schwere Daseinskampf, das gesteigerte Bestreben der untern Klassen, ihren Kindern eine bessere Erziehung angedeihen zu lassen; die vielfach beobachtete Neigung, Spargelder anzuhäufen und die Bildung zahlloser kleiner Kapitalien, die man mühevoll erobert, nicht mehr zerkleinern will; die Vermehrung der Frauenerwerbsmöglichkeiten, die gesteigerte Angst der modernen nervösen Frauen vor der Geburt und die Scheu vor der Last und Sorge, welche Kinder mit sich bringen, der Rückgang der Kindersterblichkeit, wodurch manche Ersatzgeburt überflüssig wird und manche andere Momente wirken heute stärker als früher, teils einzeln, teils in Gruppen auf das Einzelindividuum ein und bestimmen es, den Weg zu gehen, den auch andere gehen. Das etwa vorhandene Verantwortlichkeitsgefühl des einzelnen hinsichtlich der Erhaltung der Nation, oder die Gewissensverpflichtung hinsichtlich der ehelichen Fortpflanzung, wie sie die verschiedenen Religionen mehr oder weniger stark betonen, werden durch das stärkere Vortreten des Egoismus und die gegenwärtige Teuerung der Lebenshaltung zurückgedrängt und wenn diese Erscheinung, wie sie bei den besseren Ständen zum großen Teile schon seit längerer Zeit beobachtet wird, sich auch in der breiten Masse zu zeigen beginnt, dann werden auch bessere Zeiten, frei von der Nebenerscheinung der Teuerung, an der Tatsache des Geburtenrückgangs nichts mehr ändern. In günstigen Zeiten wird man die oben gekennzeichneten Ziele des Strebens der Gegenwartswelt, wie sie die allmählich veränderte Lebensauffassung des Volkes sich steckt, nur desto leichter erreichen, auf der einen Seite: den ersehnten Wohlstand, und auf der andern: die uneingeschränkte Befriedigung der allseitig geweckten, vielseitigen Bedürfnisse.

Der größte Teil der Menschen, welche sich bewußt an der Einschränkung der Kinderzahl beteiligen (also unter Ausschaltung aller Ausnahmen: die kinderreichen Familien, die aus physischen Gründen Kinderlosen, die aus religiösen Gründen Kinderlosen u. a.), läßt sich einteilen in solche, welche

1. wohlhabend bleiben wollen, um den an das Leben gestellten Anforderungen sorglos genügen zu können bzw. ihren Kindern das Vermögen ungeschmälert zu erhalten,
2. wohlhabend werden wollen, um selbst einmal sorglos leben zu können oder ihren Kindern den Daseinskampf zu erleichtern,
3. ohne wohlhabend werden zu wollen, dem schweren Daseinskampf mit Hilfe der Einschränkung der Kinderzahl zu begegnen suchen, und
4. ohne Aussicht wohlhabend zu werden, wenigstens im Lebensgenuß und der Sorglosigkeit den andern möglichst gleichstehen wollen.

Gerade der Gegensatz von heute und früher hinsichtlich des Umfanges der Bedürfnisse (in gutem und schlechtem Sinne), der Möglichkeit der Bedürfnisbefriedigung und des bedeutend erweiterten Kreises derjenigen, welche diese Bedürfnisse auch befriedigen wollen, gibt in letzter Linie die beste Erklärung des Geburtenrückganges, der zudem, wie in der Darstellung gezeigt, durch mancherlei äußerliche Momente unserer heutigen Wirtschaftsentwicklung (Teuerung, Rückgang der Kindersterblichkeit u. a.) beschleunigt worden ist."

Digitized by Google

Tätigkeit gemeinnütziger Rechtsauskunftsstellen in Versicherungssachen.

Der Geschäftsbericht des Verbandes der deutschen gemeinnützigen Rechtsauskunftsstellen für die letzten zwei Jahre bis 30. September 1913 enthält über die Vertretung vor dem Reichsversicherungsamt folgendes:

Insgesamt liefen 1903 (gegen 1224 in der letzten Berichtsperiode) Gesuche um Vertretung ein und zwar 1632 (1018) in Unfall- und 271 (206) in Invalidensachen, darunter 601 von den Klägern selbst. Auch diesmal wird wieder die ungewöhnlich schwache Inanspruchnahme der Verbandsvertretung durch Rechtsauskunftsstellen in mittelgroßen und großen Städten mit starker Arbeiterbevölkerung hervorgehoben: Dann heißt es weiter: Wenn ferner auch in dieser Berichtszeit von mehreren großen Rechtsauskunftsstellen überhaupt kein Gesuch um Vertretung einging, so kann die schon im letzten Bericht gemachte Feststellung nur wiederholt werden, daß manchen Verbandsmitgliedern auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung noch viel zu tun übrig bleibt. Kein Mensch ist ein so dankbares Ausbeutungsobjekt für das Winkelkonsulententum wie der Rekurs- oder Revisionskläger. In einer vom Verband vertretenen Hinterbliebenenrentensache wurde ermittelt, daß die klagende Witwe an zwei Rechtskonsulenten nicht weniger als 150 M. gezahlt hatte. In einem anderen Falle mußte die Witwe, die mit ihrem Rekurs beim Reichsversicherungsamte obgesiegt hatte, sich verpflichten, lebenslänglich an den betreffenden Rechtskonsulenten von ihrer Rente monatlich 5 M. zu zahlen, und hatte diese Verpflichtung auch schon länger als zwei Jahre gewissenhaft erfüllt. (!) Beträge von 20—50 M. für Anfertigung von Rechtsmittelschriften sind nichts seltenes. Versicherungsträger und Spruchbehörden werden mit Eingaben und Schriftsätzen überschüttet, die immer neue Gebühren für ihren Verfasser bringen, gröbste Unkenntnis der gesetzlichen Bestimmungen verraten und oft genug Vorwürfe schwerster Art enthalten, die dem Kläger den Rechtsgang nicht gerade erleichtern. Mit Rücksicht auf die überaus große Zahl der beim Reichsversicherungsamt eingehenden Rechtsmittelschriften, die offenkundig oder sonst zweifellos von Rechtskonsulenten angefertigt wurden, ist eine intensivere Bekanntmachung der Verbandsvertretung in der Lokalpresse dringend erforderlich. Die Verbandsmitglieder können dadurch nicht wenig zu einer Entlastung der Spruchbehörden und besonders des Reichsversicherungsamts beitragen.

Von den 1632 (1018) Unfallversicherungssachen wurden 1099 (878) erledigt, dazu 111 (48) Sachen aus der vorigen Berichtsperiode, so daß im ganzen 1210 (926) Sachen zur Verhandlung gelangten. Von diesen erwiesen sich 270 (180) als vollkommen aussichtslos, so daß in 20 (7) Fällen der Rekurs zurückgezogen, in den übrigen Fällen aber die Vertretung nicht übernommen wurde. Von den 940 Rekursen, die in mündlicher Verhandlung vertreten wurden, wurden 431 ganz oder teilweise zugunsten und 509 zuungunsten der Verletzten entschieden. Auch diesmal handelte es sich in fast zwei Dritteln der letzteren Fälle um Aufhebung und Herabsetzung von Renten, meist mit „Gewöhnung" begründet. Hierzu bemerkt der Bericht: „Daß die Anwendung dieses Begriffs im Rentenfestsetzungsverfahren berechtigt und die Belastung der Versicherungsträger mit kleinen Dauerrenten nicht wünschenswert erscheint, bedarf keiner Begründung. Andererseits konnte und kann noch heute vielfach beobachtet werden, daß Versicherungsträger und Spruchbehörden die „Gewöhnung" zwecks Rentenverminderung auch da verwerten, wo sie schlechterdings nicht mehr in Frage kommt. Wenn einem Verletzten 10 Jahre nach dem Unfall die Rente für den glatten Verlust des linken Zeigefingers auf 10 % herabgesetzt wurde, dann kann man nach weiteren 10 Jahren nicht ernstlich behaupten wollen, eine Aenderung der Verhältnisse sei durch „Gewöhnung" eingetreten. Für die Neufeststellung einer Rente haben nicht Zweckmäßigkeitsgründe, sondern Rechtsgrundsätze zu gelten." Zu der überaus wichtigen Frage der Beurteilung von sogenannten Unfällen des täglichen Lebens ist, wie der Bericht weiter mitteilt, noch in diesem Jahre eine Entscheidung durch den großen Senat des Reichsversicherungsamts zu erwarten. Auch auf die großen Schwierigkeiten, die es den Verletzten oft macht, ein ärztliches Gutachten zu erhalten weist der Bericht hin. Da zweifellos für die meisten Aerzte wirtschaftliche Gründe ausschlaggebend seien, so sollten die Armenverbände hier eingreifen. Von den 271 Invalidenrentensachen wurden 229 (175) erledigt, dazu 19 (9) unerledigte Sachen aus der vorigen Berichtsperiode. Von diesen 248 (184) Sachen erwiesen sich 72 (44) als aussichtslos, so daß eine Vertretung abgelehnt wurde. Zurückgewiesen wurden 55 (61) Revisionen der Versicherten und 19 (20) der Versicherungsanstalten. In 5 (6) Fällen wurde auf Revision der Versicherten hin die Vorentscheidung aufgehoben und die Anstalt verurteilt, in 8 (3) Fällen auf Revision der Anstalt hin, die Versicherten abgewiesen. Zurückverweisung an das Oberversicherungsamt erfolgte in 49 (38) Sachen auf Revision der Versicherten, in 24 (11) auf Revision der Versicherungsanstalten hin. Zurückgezogen wurden 16 (1) Revisionen.

Bei den ans Reichsversicherungsamt gelangenden Hinterbliebenenrentensachen fiel zuerst auf, daß die Spruchkammervorsitzenden zahlreicher Oberversicherungsämter alle Sachen zunächst ohne mündliche Verhandlung durch Vorbescheid erledigten. Die Versicherten können dann gegen diesen Vorbescheid entweder das Rechtsmittel der Revision an das Reichsversicherungsamt einlegen oder mündliche Verhandlung und Entscheidung vor der Spruchkammer beantragen. Wenn auch dies Verfahren an sich gesetzlich zulässig ist, so schädigt es doch die Versicherten oft in empfindlicher Weise. Einmal wird das Verfahren, zumal bei Zurückverweisung, erheblich in die Länge gezogen, und es kann ein Jahr und länger dauern, bis der Versicherte in den Genuß der Rente kommt. Ferner verlieren die Versicherten gerade diejenige Instanz, die ihren Antrag in vollem Umfange materiell zu prüfen hat, während die Nachprüfung in der Revisionsinstanz eng begrenzt ist, und endlich führt dies Verfahren zu einer übermäßigen Belastung der letzten Instanz, die nicht dazu da ist, um den Oberversicherungsämtern Direktiven über die von ihnen oft genug vernachlässigte Aufklärung des Sachverhalts zu geben. Den Verbandsmitgliedern wird deshalb dringend empfohlen, gegen solche Vorbescheide grundsätzlich nur bei völlig geklärter Sach- und Rechtslage Revision einzulegen.

Ueberraschende Aufklärung angeblicher Folgen eines Betriebsunfalles.

Eine Ueberraschung sowohl für den Arzt als auch für die Berufsgenossenschaft brachte der Verlauf der nachstehend beschriebenen angeblichen Folgen eines Betriebsunfalles. Ein polnischer Bergmann trat bei seinem Knappschaftsarzt in Behandlung wegen einer tiefgehenden Fistel in der rechten Wange, die er auf eine Quetschwunde zurückführte, die er einige Monate vorher im Betriebe der Zeche erlitten haben wollte. Ein etwa hühnereigroßer Stein sei ihm aus einer Höhe von 1 m auf die rechte Wange unterhalb des vorspringenden

Digitized by Google

Oberkieferstückes gefallen, wodurch eine kleine Wunde verursacht worden sei, die er aber zunächst selbst zur Heilung gebracht habe. Der Entschädigungsanspruch wurde vom Sektionsvorstande abgelehnt, weil nicht ausreichend nachgewiesen war, daß ein Betriebsunfall vorlag, auf den der Krankheitszustand der rechten Wange zurückgeführt werden konnte. Im Berufungsverfahren wurde jedoch auf Grund einer eidlichen Aussage des Arbeitskameraden das Vorliegen eines Betriebsunfalles anerkannt, ein Zusammenhang der Entzündung der rechten Wange mit dem Unfalle angenommen und die Berufsgenossenschaft zur Entschädigungsleistung verurteilt. Da die Fistel inzwischen zur Heilung gekommen und die Erwerbseinbuße vorübergehender Natur war, so war ein Rekurs hiergegen unzulässig. Einige Jahre später trat eine neue Entzündung der rechten Wange ein, so daß eine Operation im Krankenhause vorgenommen werden mußte. Hierbei stellte es sich nun heraus, daß in der Kieferhöhle ein 7 cm langes Stück eines Regenschirmstockes mit einer daransitzenden etwa 2 cm langen Eisenzwinge eingekeilt war, das die Ursache der Verschlimmerung sowohl als auch der ersten Fistel gewesen war. Der Fremdkörper ging durch den unteren Winkel der Kieferhöhle schräg über den Gaumen bzw. durch den Nasenrachenraum in die Weichteile der linken Wand des Nasenrachenraumes etwa in der Höhe der linken Ohrtrompete.

Wie die Schirmzwinge in die Kieferhöhle hineingekommen war, ist dem Patienten angeblich nicht bekannt. Jedenfalls ist sie aber durch Betriebsunfall nicht hineingeraten. Von einer strafrechtlichen Verfolgung mußte jedoch Abstand genommen werden, weil dem Beschuldigten nicht nachzuweisen war, daß er tatsächlich gewußt hat, daß seine Erkrankung ihren eigentlichen Grund in dem Vorhandensein der Schirmspitze gehabt hat.

(Kompaß.)

Leistungen der Arbeiterversicherung.

Ein Merkblatt des Arbeitsausschusses der Abteilung für Arbeiterversicherung und Arbeiterschutz in der Leipziger Internationalen Baufach-Ausstellung bringt folgende Zusammenstellungen:

Die Krankenversicherung hat seit ihrem Bestehen (1885) den Versicherten (1911: 10656390 Männer, 3848256 Frauen) zugewendet:

	Mill. M.
Arzt usw.	1013,8
Arznei usw.	724,2
Krankengeld an Mitglieder	2045,3
Krankengeld an Angehörige	51,6
Wöchnerinnen	77,0
Krankenhaus	622,9
Sterbegeld	139,6
Sonstige Leistungen	74,4
Insgesamt:	4748,8

Die Zuwendungen im Jahre 1911 betrugen insgesamt ..... 397056900 M.
Das Gesamtvermögen betrug Ende des Jahres 1911 ..... 335149300 M.

Die Unfallversicherung hat seit ihrem Bestehen (1885) den Versicherten (1911: 15391000 Männer, 9236000 Frauen) zugewendet:

	Mill. M.
Heilverfahren	52,0
Fürsorge in der Wartezeit	12,9
Heilanstalt	77,5
Angehörigenrente	21,2
Verletztenrente	1540,2
Abfindung an Inländer	16,7
Sterbegeld	11,8
Hinterbliebenenrente	388,3
Witwenabfindung	14,2
Ausländerabfindung	4,5
Insgesamt:	2139,3

Die Zuwendungen im Jahre 1911 betrugen insgesamt ..... 166610900 M.
Das Gesamtvermögen betrug Ende 1911 ..... 565472900 M.

Die Invalidenversicherung hat seit ihrem Bestehen (1891) den Versicherten (1911: 11007800 Männer, 4870200 Frauen) zugewendet:

	Mill. M.
Heilverfahren	174,7
Außerordentliche Leistungen	9,3
Invalidenhauspflege	4,6
Invalidenrente	1482,9
Krankenrente	32,4
Altersrente	453,0
Beitragserstattungen	115,4
Insgesamt:	2272,3

Die Zuwendungen im Jahre 1911 betrugen insgesamt ..... 203866300 M.
Das Gesamtvermögen betrug Ende 1911 ..... 1759362075 M.
Von dem Gesamtvermögen waren angelegt:
für gemeinnützige Zwecke .... 1022802746 M.
und zwar für: Heilanstalten, Erholungs- und Genesungsheime usw. 546364057 M., Arbeiterwohnungen 362207996 M., landwirtschaftlichen Kredit 114230693 M.
für sonstige Zwecke ..... 736559329 M.
Insgesamt: 1759362075 M.

Seit ihrem Bestehen bis 1911 hat demnach den Arbeitern zugewendet:
die Krankenversicherung ..... 4748,8 Mill. M.,
die Unfallversicherung ..... 2139,3 „ „
die Invalidenversicherung .... 2272,3 „ „
die deutsche Arbeiterversicherung insgesamt ..... 9160,4 Mill. M.,
also über 9 Milliarden M.

Im Jahre 1911 hat den Arbeitern zugewendet:
die Krankenversicherung ..... 397056900 M.,
die Unfallversicherung ..... 166610900 „
die Invalidenversicherung ..... 203866300 „
die deutsche Arbeiterversicherung Insgesamt ..... 767534100 M.

Mithin wurden von der deutschen Arbeiterversicherung täglich den Arbeitern zugewendet:
über 2000000 M.

Das Gesamtvermögen Ende 1911 betrug:
bei der Krankenversicherung .. 335149300 M.,
bei der Unfallversicherung .... 565472900 „
bei der Invalidenversicherung . 1759362100 „
bei der deutschen Arbeiterversicherung insgesamt .... 2659984300 M.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Zur Lage der Angestellten bei Schließung der Kasse.

1. Nach Br. Antwort: Der Erlaß des preuß. Handelsministers vom 8. März 1913 (Arb.-Versorgg. S. 373), wonach auf die bereits vorhandenen Kassenangestellten, auch wenn sie auf Lebenszeit usw. angestellt sind, nicht § 305 mit § 290 RVO., sondern § 302 mit Art. 32 ff. Einf.Ges. anzuwenden ist, erscheint uns aus den in Arb.-Versorgg. 1912 S. 712 Ziff. 14 und S. 735 Ziff. 7 angeführten Gründen recht bedenklich; aber wir haben auch schon darauf hingewiesen, daß die Praxis mit diesem Erlasse, der nach den Eingangsworten in Übereinstimmung mit der Auffassung des Reichskanzlers steht, zu rechnen haben wird (Arb.-Versorgg. 1913 S. 373, Anm., ferner S. 382 Ziff. 2).

a) Das Vertreteramt erlischt beim Wegfall der Wählbarkeit nicht von selbst, sondern erst durch Ausspruch nach § 24 RVO. b) § 1466 RVO. gilt nicht entsprechend für Krankenkassen.

2. Nach Lyck. Antwort: Durch Ausscheiden aus der Kassenmitgliedschaft usw. kann nur die Wählbarkeit erlöschen. Daß infolgedessen das Vertreteramt erlischt, muß nach ausdrücklicher Vorschrift des § 24 RVO. vom Versicherungsamt erst festgestellt und ausgesprochen werden.

Den Krankenkassen sind entsprechende Befugnisse, wie sie § 1466 RVO. den Versicherungsanstalten verleiht, zur Ermittlung Versicherungspflichtiger und ihrer Lohnverhältnisse nicht gegeben. Die Kasse kann sich aber von der Versicherungsanstalt beauftragen lassen. Vgl. für das bisherige Recht: Arb.-Versorgg. 1907 S. 603 Ziff. 5, 1908 S. 83 Ziff. 1 und Entscheidung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts das. 1908 S. 698.

Beschränkung der Familienhilfe auf kassenärztliche Behandlung auch in dringlichen Fällen ist unzulässig.

3. Nach S. Antwort: Da die Familienversicherung ohne Zusatzbeiträge eingeführt ist, auch diese Leistungen also aus den allgemeinen Beiträgen bestritten werden, so müssen sie auch allen Mitgliedern mit Familienangehörigen in gleicher Weise zustatten kommen. Dieser Grundsatz wird verletzt durch eine Satzungsvorschrift, wonach die Familienhilfe unter allen Umständen, also auch in dringenden Fällen, nur noch den Kassenarzt gewährt wird; denn durch eine solche Vorschrift werden die Mitglieder benachteiligt, die an Orten wohnen, an denen die Kasse keinen Arzt hat (vgl. Entsch. des Württ. VGH. in Arb.-Versorgg. 1900 S. 727 ff.). Deshalb ist die fragliche Beschränkung in Ihrer Satzung ungültig und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde mindestens dem Grunde nach gerechtfertigt. Wenn der Versicherte die ihm durch die Satzung (§ 22 Abs. 2) auferlegte Anzeigenpflicht verletzt hat, kann die Kasse ihn in Strafe nehmen, nicht aber ihm den Ersatz der Arztkosten versagen. War die Zurichtung des anderen Arztes nach den Umständen gerechtfertigt, so durfte dieser auch beibehalten werden, solange ein Wechsel des behandelnden Arztes nachteilig gewesen wäre (vgl. Entsch. des Sächs. OVG. in Arb.-Versorgg. 1907 S. 509). Ob danach der Anspruch für die ganze Dauer der Behandlung begründet ist, wie die Aufsichtsbehörde annimmt, hängt also von Umständen ab, die sich unserer Beurteilung entziehen.

Wahlrechtsfragen.

4. Nach Salzungen. Fragen: a) Ein Arbeitgeber (Inhaber eines Maurergeschäftes) beschäftigt in seinem Privatbetriebe ein Dienstmädchen. Kann er für beide Betriebe wählen?

b) Hat ein Arbeitgeber für verschiedene gewerbliche Betriebe für jeden dieser Betriebe ein Stimmrecht, oder wird die Zahl der von ihm überhaupt Beschäftigten zusammengezählt und danach das Stimmrecht bemessen?

c) Wer wählt für eine Aktiengesellschaft, wer für einen Filialbetrieb einer Firma, deren Hauptsitz außerhalb des Kassenbezirks sich befindet, wer für eine Genossenschaft, deren Vorstand aus drei Personen besteht? Kann der selbstversicherte Filialleiter, falls er für seinen Arbeitgeber wählen darf, das Stimmrecht als Versicherter auch ausüben?

d) Nach der Wahlordnung müssen die einzureichenden Wahlvorschläge von mindestens je zehn Personen unterzeichnet sein. Können diese Personen in dem von ihnen unterzeichneten Wahlvorschlag als Bewerber auftreten?

Antwort: Der Arbeitgeber übt sein Stimmrecht für alle von ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen einheitlich aus, ohne Rücksicht auf die Verschiedenheit der Betriebe. Die Beschäftigten, gleichviel ob sie gewerbliche oder nicht gewerbliche Arbeiter oder Dienstboten sind, werden zusammengezählt und danach wird das dem Arbeitgeber gemäß § 79 Abs. 3 der Mustersatzung (§ 83 Abs. 3 Ihrer Satzung) zustehende Stimmrecht bemessen. — Für Aktiengesellschaften, Genossenschaften usw. übt der Vorstand das Wahlrecht aus; besteht er aus mehreren Personen, so haben sie sich darüber zu verständigen, wer von ihnen das Wahlrecht ausüben soll. Bei Wahlen gibt es keine Stellvertretung; der Filialleiter darf also nicht an Stelle des Arbeitgebers, dem auch für die im Filialbetriebe Beschäftigten das Wahlrecht zusteht, an der Wahl teilnehmen Dagegen kann er als Vertreter der Arbeitgeber gewählt werden (§ 13 Abs. 2 RVO.), was selbstverständlich nicht ausschließt, daß er sein Wahlrecht als Versicherter ausüben kann. — Es steht nichts entgegen, daß jemand sich selbst wählt und sich selbst in einem Wahlvorschlag als Bewerber aufstellt.

a) Arbeitgeber, die nur Dienstboten beschäftigen, sind wahlberechtigt. b) Auch wenn nur eine Wahlliste eingereicht ist, muß die Wahl abgehalten werden. c) Jeder Wahlausschuß muß Beisitzer aus beiden Gruppen enthalten.

5. Nach Scharley. Frage: a) Sind Arbeitgeber, welche nur Dienstboten beschäftigen, wahlberechtigt?

b) Bei uns sind strenggebundene Wahllisten einge-

Digitized by Google

führt. Zu der bevorstehenden Ausschußwahl ist nur je eine Liste seitens der Arbeitgeber und der Versicherten eingegangen, mithin sind diejenigen gewählt, welche die echten Nummern führen. Dadurch erübrigt sich doch die Wahlhandlung, denn andere Vorschläge können nicht mehr berücksichtigt werden. Muß an dem bestimmten Tage dennoch die Wahl stattfinden, müssen diejenigen Personen, welche den Wahlvorschlag unterschrieben haben, dennoch hinkommen und einen Wahlzettel abgeben oder kann eine Bekanntmachung erlassen werden, daß die Wahl sich erübrigt?

c) Unsere Wahlordnung enthält eine dem § 11 Abs. 3 der amtlichen Wahlordnung für Ortskrankenkassen entsprechende Vorschrift. Wie ist der erste Satz zu verstehen? „Jeder Wahlausschuß besteht aus dem Vorsitzenden und je einem weiteren Mitgliede aus der Gruppe der Arbeitgeber und der Versicherten?" Ist in den Wahlausschuß der Arbeitgeber außer dem Vorsitzenden ein Mitglied der Arbeitnehmer und ein Arbeitgeber zu wählen oder genügt in dem Wahlausschuß der Arbeitgeber außer dem Vorsitzenden als Beisitzer ein Arbeitgeber, in dem Wahlausschuß der Versicherten außer dem Vorsitzenden als Beisitzer ein Arbeitnehmer? Müssen also beide Gruppen in jedem Wahlausschuß vertreten sein?

Antwort: a) Ja, da die Reichsversicherungsordnung nichts Entgegenstehendes bestimmt. Die Vorschrift des § 329 Abs. 3 hat mit Ihrer Frage nichts zu tun.

b) die Wahl muß abgehalten werden. Die Einreichung der Liste verpflichtet die Unterzeichner nicht, sich an der Wahl zu beteiligen. Es könnte sein, daß alle Wahlberechtigten sich der Wahl enthalten; dann wäre keine Wahl zustande gekommen.

c) Die Fassung der Vorschrift („Jeder Wahlausschuß usw") scheint uns keinen Zweifel zu gestatten, daß sowohl der Wahlausschuß für die Arbeitgebervertreter als auch der für die Versicherungsvertreter Beisitzer aus beiden Gruppen haben muß.

Krankengeld nur für die Arbeitstage — Beiträge aber für die ganze Woche. Nach Bingen a. Rh.

6. Frage: In Nr. 28 S. 671 ist nach Bonn mitgeteilt, daß die Kasse der Frau nur daß Krankengeld für den Freitag zu zahlen braucht. Das dürfte nicht richtig sein. Wir haben in einem ähnlich liegenden Fall, die Beiträge für die ganze Woche, also für 6 Arbeitstage, erhoben und dann auch selbstverständlich für 6 Tage Krankengeld in jeder Woche bezahlt. In unserem Statut heißt es doch: die Beiträge sind für jede Woche zu erheben; demnach muß auch für 6 Tage Krankengeld gegeben werden.

Antwort: Ihre Ansicht ist falsch, da das Krankengeld nach ausdrücklicher Gesetzesvorschrift nur für Arbeitstage (nicht für alle Wochentage) zu zahlen ist. Gleichwohl müssen Beiträge für die ganze Woche entrichtet werden, da die Kasse doch — abgesehen vom Krankengelde — ihre Leistungen ohne Unterscheidung für alle Tage der Woche gewährt. Höchstend könnte in Frage kommen, ob die Satzung bestimmen kann, daß die Beiträge für solche Mitglieder, für die nur bestimmte Wochentage als Arbeitstage gelten, verhältnismäßig herabgesetzt werden (vgl. Hahn „Krankengeld und Kassenbeiträge für Sonntage und für arbeitsfreie Wochentage" in Arb.-Versorgg. 1908 S. 361 ff). Beim Mangel einer solchen Satzungsvorschrift sind jedenfalls die vollen Beiträge zu erheben.

Welche Kassen sind über die Errichtung einer Innungskrankenkasse zum 1. Januar 1914 nach § 252 RVO. zu hören?

7. Nach W. Antwort: Wenn die neue Innungskrankenkasse zum 1. Januar 1914 ins Leben treten soll, so kann mit der nach § 252 RVO. gebotenen Anhörung der beteiligten Kassen nicht bis dahin gewartet werden. Die Anhörung der gleichfalls erst am 1. Januar 1914 ins Leben tretenden allgemeinen Ortskrankenkasse kommt daher nicht in Frage. Zweifelhafter könnte sein, ob nicht die zurzeit bestehende Allgemeine Ortskrankenkasse zu hören ist, obwohl sie zum 31. Dezember d. Js. geschlossen wird. Man könnte sagen, daß es doch immerhin einstweilen noch ihre Mitglieder sind, die zur Innungskrankenkasse übergehen sollen, und daß die Kasse deshalb zur Wahrung der Interessen dieser Mitglieder noch berufen und insofern „beteiligt" erscheint. Anderseits aber spricht § 252 Abs. 2 von „allgemeinen" Ortskrankenkassen nur im Sinne der Reichsversicherungsordnung, und eine solche Kasse besteht eben zurzeit noch nicht. Deshalb meinen wir, daß die Anhörung der bestehenden Ortskrankenkassen zwar sachgemäß sein würde, aber nicht gerade geboten ist.

Hinsichtlich der zweiten Frage verweisen wir auf die in Arb.-Versorgg. 1913 S. 511 abgedruckte Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 10. April 1913 (zu b).

§ 302 RVO. berührt nicht die Rechte pensionierter Angestellter.

8. Nach X. Antwort: § 302 RVO. hat nur die Lösung noch bestehender Vertragsverhältnisse zum Gegenstande. Die Rechte eines bereits pensionierten Kassenangestellten werden von § 302 nicht berührt. Die Meinung des Vorstandes, daß er auch Ihre Pensionsbezugsberechtigung durch eine Mitteilung nach § 302 zum Ablauf bringen könne (wobei noch obendrein die längere Frist aus Art. 32 Einf.Ges. nicht beachtet zu sein scheint), ist also irrig. Der Rendant kann, da sein Recht bestritten wird, schon jetzt auf Anerkennung und Sicherstellung seiner Ansprüche klagen; die Kasse wird dabei durch den jetzigen Vorstand vertreten, der auch noch nach der Auflösung die Geschäfte abzuwickeln hat, also auch die Prozeßlegitimation behält (§ 301 RVO.). Zunächst ist aber die Entscheidung des Versicherungsamts und nötigenfalls im Beschwerdewege des Oberversicherungsamts zu erwirken und erst gegen dessen Entscheidung in Monatsfrist der ordentliche Rechtsweg zu beschreiten. Vgl. § 358 Abs. 1—3 RVO.; Hahn, Handb. der Krankenverf. S. 490 Anm. 1b zu § 358.

Anspruch des Kassenmitgliedes auf Krankengeld während eines von der Reichsversicherungsanstalt eingeleiteten Heilverfahrens.

9. Nach Hildburghausen. Antwort: Die Krankenkasse muß dem Mitglied auch dann Krankengeld zahlen, wenn die Reichsversicherungsanstalt das Heilverfahren eingeleitet hat. Diese hat allerdings keinen Ersatzanspruch an die Kasse, kann aber das Haus- und Ruhegeld bis zum Betrage des Krankengeldes kürzen (§§ 43, 40 AVG.). Während der Arbeitsunfähigkeit sind weder Beiträge zur Kranken-, noch zur Invalidenversicherung zu entrichten (§ 54a KVG., § 1303 Ziff. 3 RVO.).

Für die Redaktion verantwortlich: A. Trosch el, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe, Amtsgerichtsrat J. Hahn, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. Laß, Rat Dr. Olshausen, Geh. Hofrat Prof. Dr. Rosin, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. 1. Dezember 1913.

Redaktion:	Nr. 34	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung R. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die neue Buch- und Rechnungsführung der Krankenkassen

Von Geschäftsführer **Albert Kohn** in Berlin.

Das Zentralblatt für das Deutsche Reich hat am 14. Oktober d. J. die Bestimmungen veröffentlicht, welche der Bundesrat auf Grund der §§ 366, 367 RVO. über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie über die Muster der von den Kassen einzureichenden Nachweisungen und über die Einsendungsfristen erlassen hat. Muster der vorgeschriebenen Bücher sind nicht beigefügt, die Kassenverwaltungen sind deshalb genötigt, ihre Bücher unter Beachtung der erlassenen Vorschriften und auf Grund der bisher gewonnenen Erfahrungen einzurichten, soweit sie sich nicht damit begnügen, bei irgendeinem Formularlager ihren Bedarf zu decken.

Vorgeschrieben sind folgende Bücher

A. Mitgliederverzeichnis,
B. Krankenbuch,
C. Nachweisungen der für die Kasse tätigen Aerzte, Spezialärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Apothekenbesitzer und -verwalter und anderen solchen Personen, welche Arzneimittel feilhalten,
D. Einnahme- und Ausgabebuch,
E. Nachweisung des Vermögens,
F. Verzeichnis der Gebrauchsgegenstände.

Die Führung von Hilfsregistern ist zulässig, auch kann die Buchführung zu A, B, C in Kartenform geschehen.

Wir wollen gleich hier bemerken, daß die Einführung von Mitglieder- und Krankenkarten sich dringend empfiehlt. Die Karten ermöglichen ein viel rascheres Arbeiten, eine leichtere und bessere Uebersicht, die besonders bei großen Kassen mit Mitgliederverzeichnissen sehr schwierig, ja fast unmöglich ist.

Die neuen Vorschriften verlangen die Anlegung besonderer Mitgliederverzeichnisse „a) für Versicherte, deren Grundlohn abweichend vom regelmäßigen Grundlohn der Kasse bestimmt ist (§§ 181, 245, 423 Abs. 3), sowie b) für Versicherungsberechtigte, die nur Anspruch auf herabgesetzte Leistungen haben". Außerdem haben Orts- und Landkrankenkassen noch besonders nach Buchstabenfolge geordnete Mitgliederverzeichnisse zu führen

a) für die unständig Beschäftigten (§ 442),
b) für die Hausgewerbetreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten (§ 468).

Für die letzteren muß neben den allgemeinen Angaben auch der Name und Betriebssitz des Auftraggebers sowie der Betrag des Entgelts aufgeführt sein. Weiter sind auch die im Wandergewerbe tätigen Personen in ein besonderes Verzeichnis einzutragen. Für alle diese Verzeichnisse werden außer den Namen der Mitglieder, Angabe von Geschlecht, Beruf und Geburtstag, die Höhe des Wochenbeitrags, die Mitgliederklasse gefordert, für jedes versicherungspflichtige Mitglied der Tag des Beginnes der Mitgliedschaft, der Name des Arbeitgebers der Tag des Ausscheidens, bzw. der Tag, an welchem die Mitgliedschaft selbst freiwillig fort-

Digitized by Google

gesetzt wird. Für jedes versicherungsberechtigte Mitglied ist auch der Tag des Beitritts zur Kasse (§ 310) und bei der Aufnahme die Höhe des jährlichen Gesamteinkommens einzutragen.

Die Vorschriften sehen vor, daß direkt aus den Mitgliederverzeichnissen die Berechnung der Beiträge erfolgen kann, das wird nur bei ganz kleinen Kassen möglich sein, ohne die Uebersichtlichkeit zu erschweren, schon mittlere Kassen werden von der Erlaubnis Gebrauch machen, die die Anlegung von Hebelisten (Konten für Arbeitgeber) gestatten.

Werden Mitgliederkarten geführt, so wird es sich empfehlen, an Stelle der verschiedenen Verzeichnisse Karten von verschiedener Farbe zu wählen, so daß auf einen Blick zu erkennen ist, ob es sich um einen unständig Versicherten, einen Hausgewerbetreibenden oder ein im Wandergewerbe tätiges Mitglied handelt; außerdem können die männlichen und weiblichen Mitglieder, wie dies schon bisher in vielen Kassen geschah, auf verschiedenfarbigen Karten geführt werden. Außer den geforderten Angaben könnten auf den Mitgliederkarten Rubriken vorgesehen werden für Beginn und Ende der mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Erkrankungen, sowie der Diagnose und der Nummer des Krankenjournals; dadurch genügt dann ein Blick auf die Karte, um die Art des Anspruchs eines Mitgliedes festzustellen. An vielen Orten werden auch die Heilmittel auf der Karte vermerkt, welche das Mitglied bewilligt erhielt wodurch manchem Mißbrauch dadurch vorgebeugt wird.

In das Krankenbuch soll jeder angemeldete, mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Krankheitsfall und jeder zu entschädigende Sterbefall eingetragen werden. Das Krankenbuch muß ferner den Beruf des Kranken, die Art und den Beginn der Krankheit und Angaben über die Mitgliedsklasse enthalten und Auskunft über den Betrag geben, der für jeden Krankheits- und Sterbefall gezahlt worden ist. Außerdem sollen die Kürzungen an den Barleistungen und die Erstattung von Leistungen der Kasse, wie sie in der Reichsversicherungsordnung vorgeschrieben sind, zu ersehen sein. Wir empfehlen dringend, die Sterbefälle in einem besonderen Heft zu verbuchen und im Krankenbuch nur einen Vermerk von dem erfolgten Tode zu machen, wie wir auch für besondere Register für die Wochenhilfe und Schwangerschaftsunterstützung eintreten, da man dann viel besser in der Lage ist, die verschiedenen Arten der Unterstützung zu verfolgen.

Die erlassenen Bestimmungen schreiben auch eine gesonderte Buchung der Krankheitsfälle und der durch sie bedingten Zahlungen für Versicherte vor, deren Grundlohn abweichend von dem regelmäßigen Grundlohn der Kasse bestimmt ist, sowie für die unständig Versicherten, die Hausgewerbetreibenden und ihre hausgewerblich Beschäftigten und für die versicherungsberechtigten Mitglieder mit Anspruch auf Minderleistung. Wir befürchten, daß für größere Kassen die dadurch bedingte Führung verschiedener Krankenbücher die Abfertigung der Kranken und die nötigen Buchungen außerordentlich erschweren würde, und wir halten deshalb die Führung von Krankenkarten für einfacher. Wie wir bereits bei Besprechung der Mitgliederkarten anführten, lassen sich die verschiedenen Kategorien durch die Wahl besonderer Farben leicht auseinanderhalten. Im Krankenbuch bzw. auf der Krankenkarte ist eine Rubrik für die Zahl der geleisteten Unterstützungstage vorzusehen. Wir treten jedoch für eine Spaltung der Krankentage nach Klassen ein, um die Belastung der Kassen nach den einzelnen Lohnklassen stets übersehen zu können. Auch wird man gut tun, Spalten vorzusehen, in denen bei Krankenhausbehandlung (Heilstätten und Sanatorien) der Tag des Ein- und Austritts, die Höhe der Kurkosten und die Benennung des Krankenhauses eingetragen wird. Ebenso wird der Name des behandelnden Arztes vermerkt werden müssen.

Ganz neu ist die unter C geforderte Nachweisung der für die Kasse tätigen Aerzte, Spezialärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Apothekenbesitzer und anderer solcher Personen, welche Arzneimittel feilhalten. In der hierfür ausdrücklich vorgeschriebenen Nachweisung sind Rubriken über die Art des Entgelts für die ärztlichen Leistungen, die Zahl der in Betracht kommenden Aerzte, die Höhe des Entgelts und für Bemerkungen vorgesehen. Die große Zahl derjenigen Kassen, die die ärztliche Hilfe durch ein Pauschquantum entlohen, wird hier nur die Gesamthöhe desselben einsetzen können. Unter Muster 6 ist die Nachweisung der Zahl der für die Kasse im Jahre regelmäßig tätigen

Digitized by Google

Aerzte und Spezialärzte angeführt. In diesem Formular sind unter Bestand am Beginn des Geschäftsjahres die Zahlen der Kassenärzte, der Spezialärzte, Zahnärzte, Zahntechniker, Apothekenbesitzer und -verwalter und Personen, die außerdem noch Arzneimittel feilhalten (Drogisten), zu verzeichnen, ebenso der Zu- und Abgang im Geschäftsjahre und der Bestand am Schlusse desselben. Für dieses Formular sind unseres Erachtens keinerlei Erläuterungen nötig.

Das Ein- und Ausgabebuch muß selbstverständlich alle diejenigen Spalten enthalten, die den Kapiteln und Titeln des Rechnungsabschlusses entsprechen, worüber wir gleich unsere Ausführungen machen werden. Die Vorschriften gestatten die Führung besonderer Bücher für Ein- und Ausgaben, die wir bei mittleren und großen Kassen für dringend nötig erachten. Die hierzu gegebenen Bestimmungen sind eigentlich selbstverständlich. Es müssen Ein- und Ausgaben fortlaufend unter Angabe des Tages der Zahlung und unter Bezeichnung des Einzahlers oder des Empfängers eingetragen werden, und zwar die Aufwendungen in ihrer vollen Höhe in der zutreffenden Spalte der Ausgaben, etwaige Kürzungen und Erstattungen in der entsprechenden Spalte der Einnahmen. Absetzungen dürfen nur zur Berichtigung von Schreib- und Rechenfehlern oder sonstigen offenbaren Unrichtigkeiten gemacht werden. Irrungen sind so zu durchstreichen, daß das Durchstrichene lesbar bleibt; Radieren ist nicht zulässig. Einnahme- und Ausgabebücher beginnen mit dem 1. Januar jedes Kalenderjahres und werden Ende Januar des folgenden Jahres für das vorhergehende Jahr abgeschlossen. Hierbei sind selbstverständlich Einnahmen und Ausgaben im Januar des folgenden Jahres, soweit sich diese auf das abgelaufene Geschäftsjahr beziehen, noch in das Buch für das letztere aufzunehmen. Entsprechend dem vorgeschriebenen Rechnungsabschluß haben die Ein- bzw. Ausgabebücher folgende Rubriken zu enthalten:

1. Erträge aus Kapitalsanlagen.

2. Beiträge, und zwar gespalten in Beitragsteile der versicherungspflichtigen Mitglieder, Beitragsteile der Arbeitgeber usw. und Beiträge der versicherungsberechtigten Mitglieder. Wo Zusatzbeiträge für Familienhilfe erhoben werden (§ 384 Abs. 2 RVO.), ist auch hierfür eine Rubrik erforderlich.

3. Krankenhilfe, Wochenhilfe und Familienhilfe, getrennt in Krankenbehandlung und Geburtshilfe durch approbierte Aerzte, Krankenbehandlung durch approbierte Zahnärzte, Krankenbehandlung und Geburtshilfe durch andere Heilpersonen, Hebammen usw. Größere Kassen werden diese letzte Rubrik noch besonders spalten, um die Ausgaben für Masseure, Zahntechniker, Hebammen und andere Heilpersonen stets kontrollieren zu können.

4. Arznei und sonstige Heilmittel aus Apotheken, sonstige Arznei und Heilmittel. Mit diesen Trennungen wird ein lang gehegter Wunsch der Aerzte und Apotheken erfüllt, dem bisher nur in wenigen Kassen Rechnung getragen wurde. Nach wie vor werden wohl aber eine Reihe Kassen die Ausgaben für Arznei und Heilmittel wie Brillen, Bruchbänder, Bandagen, Plattfußeinlagen, Geradehalter usw. usw. auf besonderem Bogen verbuchen, um auch da eine genauere Kontrolle zu ermöglichen.

5. Rubriken für Krankenhauspflege, für Kur und Verpflegung im Wöchnerinnenheim, für Hauspflege, Krankengeld, Wochen-, Schwangeren- und Stillgeld. Die letzteren unter sich zu trennen, empfiehlt sich, um die Höhe der Belastung der einzelnen Hilfeleistung besser übersehen zu können.

6. Hausgeld und bare Leistungen statt ärztlicher Versorgung.

Selbstverständlich brauchen diejenigen Rubriken nicht aufgenommen zu werden, die sich auf fakultative Leistungen beziehen, die die Kasse nicht eingeführt hat. Die Rubrik „Sterbegeld" spaltet sich in eine für versicherte Mitglieder und für Familienangehörige. Die Verwaltungskosten zerfallen wie bisher in persönliche und sachliche und außerdem in Umlagen und Zuschüsse zur Deckung von Verbandsausgaben, sofern die Kassen einem Kassenverbande angehören (§ 409 RVO.).

Die Vermögensanlage wird getrennt in

1. Wertpapiere,
2. Darlehne einschließlich Guthaben bei Bankhäusern und Sparkassen,
3. Hypotheken,
4. Erwerb von Grundeigentum und Geräten (Inventar).

Digitized by Google

Mit dieser Trennung sind alte Wünsche der Krankenkassen erfüllt. Bisher trat bekanntlich weder der Wert von Grundeigentum noch des Inventars in der Gesamtabrechnung in Erscheinung, so daß ganz bedeutende Wertobjekte nicht aufgeführt wurden und die Vermögensübersicht in der Tat keine wirkliche Uebersicht über das Vermögen der Kasse gab. Unter Inventar ist nur die erste Ausstattung aufzuführen. Aber Ausgaben für Neuanschaffungen an Stelle von alten Gegenständen, die dadurch nötig werden, daß vielleicht einmal ein Tisch oder eine Schreibmaschine usw. erneuert werden muß, sind nicht unter das Kapitel „Vermögensanlage" zu buchen, sondern unter dem letzten Kapitel: „Sonstige Ausgaben".

Dem Rechnungsabschluß gehen allgemeine Angaben vorher, die sich aus den Satzungen der Krankenkasse von selbst ergeben. Die Vermögensnachweisung erfährt gemäß dem neuen Rechnungsabschluß entsprechende Veränderungen. Es werden also Hypotheken, Wertpapiere, Guthaben, Geräte, Forderungen besonders aufgeführt. Die Nachweisung der die im Geschäftsjahr entschädigten Fälle von Kranken- und Wochenhilfe und der entschädigten Sterbefälle sieht eine Trennung der männlichen und weiblichen, der versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder vor. — Neu ist die mit Muster 7 angeordnete Nachweisung der Mitglieder und der im Geschäftsjahre eingegangenen Beiträge. In ihr ist anzuführen die durchschnittliche Zahl der männlichen und weiblichen Mitglieder im Geschäftsjahre sowie der versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten, und es sind bei den versicherungspflichtigen Mitgliedern die eingegangenen Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber getrennt aufzuführen, ebenso diejenigen der freiwillig Versicherten und die Zusatzbeiträge für Familienmitglieder. Für die im Hausgewerbe Beschäftigten, für die unständig Beschäftigten und für solche Mitglieder, für die nach § 181 RVO. eine gesonderte Buchung der Beiträge und Leistungen vorgeschrieben ist, sind auch besondere Nachweise aufzustellen.

Außerdem wird mit Muster 8 noch eine besondere Nachweisung der im Geschäftsjahre gewährten Leistungen für Krankenhilfe, Wochenhilfe, Sterbegeld und Familienhilfe verlangt, die wiederum in männliche und weibliche, versicherungspflichtige und versicherungsberechtigte Mitglieder getrennt ist. Wenn hier für ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel gleichfalls getrennte Angaben gefordert werden, so wird zu berücksichtigen sein, daß dieser Forderung bezüglich der ärztlichen Behandlung bei all den Kassen nicht entsprochen werden kann, wo Pauschquanten bezahlt werden, weil hier den Kassen nicht die Möglichkeit geboten ist, festzustellen, wieviel auf die einzelnen Mitgliederarten Kosten entfallen. Ebenso würden die Angaben für Arznei und sonstige Heilmittel nur unter der Voraussetzung getrennt angegeben werden können, daß die Kassenärzte auf den Rezepten versicherungspflichtige und versicherungsberechtigte Mitglieder besonders bezeichnen, und auch dann würde die Sortierung der Rezepte einen ganz außerordentlichen Aufwand an Zeit und Geld nach sich ziehen.

Die Mitgliedernachweisung Muster 3 a und 3 b hat ebenfalls eine sehr große Umwandlung erfahren, da nicht nur für jeden Monat die Gesamtzahl aufzuführen ist, sondern auch die Zahl der versicherungspflichtigen und versicherungsberechtigten Mitglieder, der in der Landwirtschaft Beschäftigten, darunter Dienstboten, unständig, im Wandergewerbe und im Hausgewerbe Beschäftigten sowie der Lehrlinge, getrennt nach männlichen und weiblichen Mitgliedern, beansprucht wird. Für Innungs- und Betriebskrankenkassen kommen diese Trennungen natürlich nicht in Frage. Hier sind nur versicherungspflichtigte und -berechtigte Mitglieder und Lehrlinge ohne Entgelt, nach Geschlecht gesondert, aufzuführen.

Die auf Grund der angeführten Bestimmungen des Bundesrats sowie durch die Satzungen der Kassen noch nötig werdenden und nicht besonders vorgeschriebenen Formulare wird voraussichtlich jede Verwaltung auf Grund der gewonnenen Erfahrungen und ihren Bedürfnissen entsprechend entwerfen. So werden z. B. die An- und Abmeldungen sich nach den Forderungen der Satzung gestalten. Dabei ist es aber für die Abwicklung der Geschäfte außerordentlich wertvoll, daß den Kassen durch die Mustersatzung das Recht eingeräumt ist, die Einreichung bestimmter Formulare zu fordern. Das ist besonders in den größeren Städten nicht zu unter-

Digitized by Google

schätzen, wo bisher mit den unmöglichsten Formularen, die der oder jener Papierhändler verkaufte, zu rechnen war, während vom 1. Januar 1914 ab die Krankenkasse, wenn sie es in der Satzung vorgesehen hat, verlangen kann, daß die Meldungen auf dem von ihr vorgeschriebenen Meldeformular eingereicht werden.

Die ergangenen Bestimmungen legen zweifellos den Krankenkassen eine ansehnliche Mehrarbeit auf, jedoch muß gewürdigt werden, daß dadurch eine bedeutend bessere Uebersicht über die Einnahmen und Ausgaben gewonnen und der Jahresabschluß ein bei weitem klareres Bild ergeben wird, wie das leider bisher nicht der Fall war.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zu den nach § 59 Abs. 2 RVO. vom Versicherungsträger zu erstattenden Kosten gehören auch die Kosten eines nach § 1595 eingeholten Gutachtens.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 4. Juli 1913.

Nach § 59 Abs. 2 RVO. haben die Versicherungsträger die in Spruchsachen vor dem Versicherungsamt entstehenden Barauslagen des Verfahrens zu erstatten. Hierzu gehören auch die Kosten für ein gemäß § 1595 a. a. O. vom Versicherungsamt eingeholtes ärztliches Gutachten. Die Voraussetzungen dieser Bestimmung treffen auf das Gutachten des Dr. B. vom 17. Februar 1913 zu.

Zunächst ist die Ansicht der Sektion, Dr. J. sei als derjenige Arzt zu betrachten, dem der Kläger nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen habe, nicht richtig. Als Aerzte eigener Wahl im Sinne des § 1595 a. a. O. kommen solche Aerzte, die, wie Dr. J., früher einmal, wenn auch über denselben Unfall, Gutachten erstattet haben, nicht in Frage, sondern es kann sich dabei nur um Aerzte handeln, die in dem gegenwärtigen, durch den mit Einspruch angefochtenen Bescheid in Lauf gesetzten Verfahren gehört worden sind. In diesem Verfahren hatte aber ein Arzt nach der eigenen Wahl des Klägers bisher noch kein Gutachten erstattet. Auch ist das Versicherungsamt in der Auswahl des zuzuziehenden Arztes nicht beschränkt, sondern hat hierüber nach freiem Ermessen zu entscheiden. Jedenfalls haben Anträge der Sektion auf Einholung des Gutachtens eines bestimmten von ihr benannten Arztes keinen Anspruch auf Berücksichtigung, da in § 1595 a. a. O. zwar ein Antragsrecht des Versicherten, dagegen nicht der Berufsgenossenschaft vorgesehen ist.

Endlich ist es gleichgültig, ob das eingeholte Gutachten für den Endbescheid der Sektion von Bedeutung gewesen ist, da die Einholung des Gutachtens im § 1595 a. a. O. nur an die Bedingung geknüpft ist, daß das Gutachten nach Ansicht des Versicherungsamts für die Entscheidung von Bedeutung sein könne. Die Sektion hat daher die Kosten für das Gutachten des Dr. B. vom 17. Februar 1913 zu tragen.

B. Zur Krankenversicherung.

Der Armenverband kann neben den Anstaltspflegekosten das Pauschquantum aus § 57 Abs. 2 KVG. nur dann fordern, wenn er für ärztliche Behandlung oder Heilmittel tatsächlich Aufwendungen gemacht hat; und Ersatz für Transportkosten nur, soweit sie innerhalb des Pauschquantums liegen.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts**, 3. Senats, v. 7. Juli 1913.

Nach § 57 Abs. 2 KVG. geht der dem unterstützten Kassenmitgliede gegen seine Kasse zustehende Unterstützungsanspruch nur im Betrage der geleisteten Unterstützung, also bloß in Höhe des wirklich erwachsenen Aufwandes auf den Armenverband über (s. z. B. Hahn, KVG. Anm. 2c zu § 57). Der Kläger kann daher im vorliegenden Falle neben der Erstattung der von ihm an das St. W-Spital und an die Provinzialheilanstalt gezahlten Pflegekosten von 325,80 M. einen Ersatz von Kosten für ärztliche Behandlung und Arznei (§ 6 Abs. 1 Ziff. 1 KVG.) nur dann fordern, wenn er hierfür tatsächlich Kosten verausgabt hat. Die vom Kläger anscheinend vertretene Ansicht, daß dem Armenverband als Ersatz der im § 6 a. a. O. bezeichneten Leistungen das Pauschquantum des § 57 Abs. 5 KVG. auch dann zustehe, wenn er für diese Leistungen keine Aufwendungen gemacht hat, ist rechtsirrtümlich. Mit ihren gegen die Höhe des Klageanspruchs gerichteten An- und Ausführungen hat die Beklagte zweifellos aber auch das bestreiten wollen, daß dem Kläger außer den an das Spital und die Provinzialheilanstalt entrichteten Pflege-

Digitized by Google

kosten noch weitere Aufwendungen für ärztliche Behandlung entstanden seien. Der Vorderrichter hätte daher feststellen müssen, ob der Armenverband außer jenen Pflegekosten von 325,80 M. überhaupt noch besondere Ausgaben für ärztliche Behandlung und Arznei gehabt hat. Da er dies unterlassen, so unterliegt seine Entscheidung der Aufhebung.

Bei der eintretenden freien Beurteilung ist dem Vorderrichter darin beizutreten, daß sich nach dem Inhalte der bisherigen Verhandlungen die Annahme rechtfertigt, W. sei schon vor dem 29. März 1911 krank im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes gewesen und jedenfalls mit der durch seine Krankheit notwendig gewordenen Aufnahme in das Spital erwerbsunfähig in der Bedeutung des obigen Gesetzes geworden . . . Im übrigen erweist sich die Sache nicht als spruchreif, da es nach dem Vorstehenden noch der Feststellung bedarf, ob der Kläger Aufwendungen für die im § 6 Abs. 1 Ziff. 1 KVG. aufgeführten Leistungen gemacht hat. Ist dies der Fall, so steht dem Kläger, wie bereits in dem Revisionsurteile vom 24. Juni 1912 hervorgehoben worden, der Anspruch auf das ganze Pauschquantum des § 57 Abs. 5 a. a. O. zu. Trifft es dagegen nicht zu, so ist der fragliche Anspruch nicht berechtigt. Die in der Rechnung mit aufgeführten Transportkosten müssen jedoch, wenn sie notwendig waren, in der nachgewiesenen Höhe erstattet werden, soweit sie innerhalb des Betrages des $1^1/_2$ fachen Krankengeldes liegen (vgl. Hahn, Krankenversicherungsgesetz Anm. 5 a und b zu § 57). Zur Vornahme der hiernach noch erforderlichen Ermittelungen war die Sache in die Vorinstanz zurückzuverweisen.

Lösung des Beschäftigungsverhältnisses durch einseitige Einstellung der Arbeit.

Entscheidung des **Preuß. Oberverwaltungsgerichts** vom 28. März 1912.

Aus den Gründen:

Die Einstellung der Arbeit hat die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses zur Folge, wenn sie seitens des Arbeiters eigenmächtig erfolgt und also nicht mit Zustimmung des Arbeitgebers und den Umständen nach auch nicht mit dem Vorbehalt stattfindet, daß der Arbeiter inzwischen zur Verfügung des Arbeitgebers steht. In diesem Falle besteht für den Arbeitgeber weder die Pflicht zur Zahlung von Lohn noch zur Zahlung seines Anteils am Kassenbeitrag. Das Beschäftigungsverhältnis zwischen D. und A. war also gelöst, als A. am 25. November infolge der Unterschlagung nicht erschien. Es ist am 27. neu abgeschlossen und am 3. Dezember wiederum dadurch gelöst worden, daß A. infolge neuer Unterschlagung zur Arbeit nicht erschien. Er ist demnach weder während der Dauer des Beschäftigungsverhältnisses erkrankt, noch hat er bis zu dessen Lösung drei Wochen lang ununterbrochen einer Krankenkasse angehört. Der Ersatzanspruch des Armenverbandes ist deshalb nicht begründet.

Arbeitgeber des häuslichen Dienstboten ist regelmäßig nur der Ehemann.

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 24. Juni 1913.

Die Dienstmagd ist von den Eheleuten K. gemeinschaftlich eingestellt worden. Daraus folgt aber noch nicht, daß neben dem Ehemann auch die Ehefrau ersatzpflichtig ist. Nach § 49 KVG. anmeldepflichtig und gemäß § 50 KVG. ersatzpflichtig ist der Arbeitgeber. Wer im konkreten Fall als Arbeitgeber anzusehen ist, ist nach den Bestimmungen des bürgerlichen Rechts zu beurteilen (Arb.-Versorgg. 1912 S. 321, Hahn KVG. 6. Aufl. S. 217). Arbeitgeber (Dienstherr) eines häuslichen Dienstboten ist derjenige, der die Beschäftigung gibt und die Vergütung gewährt (§§ 611 ff. BGB., § 1 des bad. Dienstbotengesetzes), das ist das Familienhaupt, der Vorstand der Hauswirtschaft, also bei einer ehelichen Gemeinschaft regelmäßig der Ehemann, der bei allen Güterständen den ehelichen Aufwand zu tragen hat (vgl. §§ 1354 Abs. 1, 1389 Abs. 1, 1427, 1458, 1529, 1549 BGB.). Selbst die Anstellung eines Dienstmädchens durch die Ehefrau allein verpflichtet die letztere nicht immer, sie fällt vielmehr regelmäßig in den Bereich der eheweiblichen Schlüsselgewalt (§ 1357 BGB.) und gilt als im Namen des Mannes vorgenommen, wenn nicht aus den Umständen sich ein anderes ergibt. Die Tatsache allein, daß die Ehefrau K. beim Abschluß des Dienstvertrags zugegen war und bei den Verhandlungen mitwirkte, genügt daher nicht zu der Annahme, daß neben dem Ehemanne auch sie aus dem Dienstvertrag berechtigt und verpflichtet werden sollte. Sonstige besondere Umstände, auf die eine Mithaftung der Frau (§§ 420 ff. BGB.) gegründet werden könnte, liegen aber nicht vor. Die Bestimmung des § 82a Abs. 3 KVG. über die Haftung der Betriebsleiter trifft auf den vorliegenden Fall nicht zu. Die Dienstmagd hat auch, wie es der natürlichen Sachlage entsprach, bei ihrem Austritt die Bezahlung des Lohns nicht von der Ehefrau K., sondern allein von ihrem Ehemann verlangt. Der Ersatzanspruch der Kasse ist unter diesen Umständen gegenüber der Ehefrau K. nicht begründet.

Anmerkung: Die gleiche grundsätzliche Auffassung liegt den Ausführungen hier S. 721 zugrunde.

Digitized by Google

C. Zur Unfallversicherung.

Hitzschlag als Betriebsunfall.

Grundsätzliche Entscheidungen des **Sächs. Landesversicherungsamts** a) vom 12. März 1912 und b) vom 28. September 1912.

a)

Daß es sich bei dem Hitzschlag Vs. um eine Gesundheitsschädigung infolge eines plötzlichen Ereignisses gehandelt hat, erscheint nicht zweifelhaft. Selbstverständlich wirkt eine andauernde allgemeine große Hitze auf das Körperbefinden, zumal bei körperlich schwachen oder geschwächten Personen ungünstig ein und kann sie zu einem Hitzschlag immer mehr disponieren. Das ändert aber daran nichts, daß, wenn hohe Temperatur, Anstrengung bei solcher und körperliche Disposition zu einem Hitzschlage führen, der vielleicht nicht eingetreten wäre, hätte der Körper nicht vorher schon Tage lang durch die Hitze gelitten, nicht die allmähliche Entwicklung einer zum Tode führenden Krankheit, sondern der plötzliche Einfluß der Hitze auf einen schon vorher geschwächten Körper vorliegt, wobei es völlig gleichgültig ist, ob diese Schwächung ihren Grund in der Ermattung infolge einer längere Zeit hindurch herrschenden hohen Sommertemperatur oder in sonstigen Umständen gehabt hat. Ebensowenig zweifelhaft kann es sein, daß der Hitzschlag mit der Leistung der Betriebsarbeit nicht außer Zusammenhang stand, daß er voraussetzlich nicht eingetreten wäre, wenn V. wegen der herrschenden Hitze von der Leistung der Betriebsarbeit abgesehen hätte. Nach dem Ergebnisse der Sektion lag ein besonderes Leiden, das ihn der Gefahr des Hitzschlages auch bei einer gewöhnlichen Beschäftigung des täglichen Lebens in seiner Wohnung ausgesetzt hätte, nicht vor, wie denn auch der Verstorbene seit dem Frühjahre 1905 durch keine Krankheit an der Verrichtung seiner Betriebsarbeit gehindert worden ist. Er bot nur infolge seines Alters, seiner vielleicht mangelhaften körperlichen Beschaffenheit und des vorausgegangenen, wahrscheinlich auf die Sommerhitze zurückzuführenden Unwohlseins dem weiteren Einflusse der Hitze, unter der er seine Betriebsarbeit zu verrichten hatte, weniger Widerstand. Dieser Einfluß war es, der den Hitzschlag und damit seinen Tod verursachte. Tritt bei einem Arbeiter infolge der körperlichen Anstrengung in Verbindung mit der Hitze, die durch den Betrieb und die Betriebseinrichtungen als unvermeidliche Begleitung der Berufsarbeit geschaffen wird, etwa der Kesselhitze, eine Gehirnblutung, ein Hitzschlag oder ein ähnliches, den bisherigen Gesundheitszustand plötzlich veränderndes Ereignis ein, so liegt ein mit dem Betrieb in ursächlichem Zusammenhang stehender, bestimmter, zeitlich feststellbarer Vorgang mit körperbeschädigender Wirkung als seiner Folge, also ein Betriebsunfall vor. Ob es sich um Verrichtung einer gewöhnlichen Betriebsarbeit gehandelt hat, ob andere Arbeiter die gleiche Arbeit unter gleich ungünstigen oder vielleicht noch ungünstigeren Arbeitsbedingungen ohne Schädigung verrichtet haben, ob an der Betriebsstätte alle Einrichtungen zur Vermeidung von Unfällen insbesondere infolge des Einflusses der mit dem Betriebe verbundenen Hitze getroffen waren, und ob der betroffene Arbeiter zufolge seines mangelhaften Gesundheitszustandes, wie allgemeiner Körperschwäche oder Unwohlseins, besonders ungünstig für die Ertragung der Hitze disponiert war, vorausgesetzt nur, daß diese Körperbeschaffenheit nicht auch ohne die Betriebsarbeit zu dem schädigenden Ereignisse alsbald voraussetzlich geführt hätte, das alles ist bedeutungslos. Deshalb spitzt sich im vorliegenden Falle die Frage darauf zu, ob der Umstand, daß die mit dem Betrieb verbundene Hitze durch die allgemein herrschende hohe Temperatur erheblich gesteigert war, und daß ohne diese Steigerung, was hier zutrifft, das schädigende Ereignis annehmbarerweise nicht eingetreten wäre, die Annahme eines Betriebsunfalls ausschließe. Als entscheidend ist anzusehen, ob die Art oder der Ort der Betriebsarbeit wesentlich dazu beigetragen habe, die natürliche große Hitze und deren Einwirkung auf den Körper noch zu steigern. Daß das bei V. der Fall war, ergibt sich schon aus der Feststellung der Tatsache, daß die natürliche Hitze allein das schädigende Ereignis nicht hervorgerufen haben würde. Im Entfettungssaal mußte dadurch, daß 45 Fettpressen darin mit Dampf betrieben wurden, an und für sich eine hohe, die Gesundheit der Arbeiter beeinträchtigende Temperatur herrschen, wie das der Arbeiter G. auch noch ausdrücklich bezeugt hat. Wäre diese nicht zu der natürlichen Hitze hinzugetreten, wäre nicht durch das Zusammentreffen der letzteren mit der gewöhnlichen Betriebshitze ein außergewöhnlich hoher Temperaturstand geschaffen worden, so würde nach dem natürlichen Gange der Dinge, bei der durch die Sektion festgestellten Körperbeschaffenheit des V. der Hitzschlag nicht erfolgt sein, namentlich auch dann nicht, wenn er seine Berufsarbeit nur unter dem Einflusse der normalen, mit dem Betrieb verbundenen Hitze vorgenommen hätte. Beides, die Hitze durch die Betriebseinrichtungen und die natürliche Hitze waren ursächlich und wirkten zu dem Eintritte des Erfolgs zusammen.

b)

Auf Grund der übereinstimmenden Gutachten der vernommenen Aerzte ist als bewiesen anzusehen,

Digitized by Google

daß H. einem Hitzschlag erlegen ist. Wenn es sich bei einem solchen auch nicht um eine plötzliche Einwirkung der ihn verursachenden Umstände auf den Körper handelt, so ist doch immerhin die zeitliche Ausdehnung des Einflusses der schädlichen Momente keine solche, daß nicht mehr von einem Unfalle gesprochen werden könnte (Handb. der Unfallvers. I S. 71/72). Nach Lage des Falles kann es aber auch einem begründeten Zweifel nicht unterliegen, daß der Unfall ein Betriebsunfall ist. In der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts sind Hitzschläge dann als Betriebsunfälle betrachtet worden, wenn die Art oder der Ort des Betriebs wesentlich dazu beigetragen haben, die natürliche große Hitze und deren Einwirkung auf den Körper noch zu steigern (Handb. I S. 77). Waren also die Umstände, unter denen sich die Betriebstätigkeit des vom Sonnenstich Betroffenen vollzog, solche, daß sie den nachteiligen Einfluß der Hitze erheblich steigerten, so ist der Hitzschlag als durch den Betrieb mit verursacht anzusehen. Diese Voraussetzung ist im vorliegenden Falle erfüllt. Denn durch den Aufenthalt im Freien am Sterbetage war H. der Hitze besonders ausgesetzt. Seine Verrichtungen nötigten ihn, in den ersten heißen Nachmittagsstunden die zum großen Teile sehr sonnige Straße von R. nach Sch. zurückzulegen. Da nichts dafür vorliegt, daß der Verstorbene am Unfalltage krank war — das von ihm gegen Mittag empfundene Unwohlsein war nach der Annahme des ärztlichen Sachverständigen schon eine Folge der Hitzeeinwirkung —, so ist mit hoher Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß es die durch die Beschäftigung im Freien und insbesondere durch den Aufenthalt auf der heißen Landstraße hervorgerufene Ueberanstrengung war, die den verderblichen Einfluß der Hitze beförderte.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts [1]).

Kaufmännische Angestellte sind bei nichttechnischen Arbeiten, auch wenn diese sich auf der Betriebsstätte abspielen, nicht versichert, es sei denn daß — abgesehen von der nach § 5 Abs. 3 GUVG. möglichen statutarischen Versicherung — die Voraussetzungen des § 3 GUVG. vorliegen. Zu vgl. Rev.Entsch. 2535, Amtl. Nachr. 1912 S. 717 (2645).

Unfälle bei Festlichkeiten der Betriebsarbeiter können als Betriebsunfälle nur anerkannt werden, wenn der Betrieb die Festlichkeit veranstaltet, nicht aber wenn die Arbeiter es tun (2646).

In bäuerlichen Betrieben sind Unfälle, die sich beim Bereiten von Mahlzeiten durch und für Familienangehörige in der Häuslichkeit ereignen, von der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft in der Regel nur insoweit zu entschädigen, als die hauswirtschaftliche Tätigkeit mitversichert ist. Zu vgl. §§ 924, 926 RVO. (2647).

Ueberfall auf eine Verkäuferin als Betriebsunfall, wenn er durch die Gesamttätigkeit im Geschäfte bedingt und nicht bloß ein Ausfluß der mit der Verkaufstätigkeit verbundenen Gefahr war (2648).

Werden bei der Räumung eines Fabrikgrundstücks, das die Stadtgemeinde erworben hat, nach Einstellung des Fabrikbetriebes städtische Straßenbauarbeiter beschäftigt, so sind sie auf Grund des § 3 GUVG. bei der Tiefbau-Berufsgenossenschaft versichert (2649).

Die Zuständigkeit eines Oberversicherungsamts zur Entscheidung über die Berufung wird auch durch den Aufenthalt des Berechtigten in einer Krankenanstalt begründet. — Ein die Zuständigkeit nach §§ 1640, 1677 RVO. regelnder Bescheid ist endgültig und kann nicht durch Vereinbarung der beteiligten Aemter aufgehoben werden (2650).

Die den Versicherungsämtern nach § 59 Abs. 2 RVO. von den Berufsgenossenschaften zu erstattenden Barauslagen des Einspruchsverfahrens gehören zu den Kosten der Entschädigungsfeststellung und fallen deshalb als Verwaltungskosten den Sektionen zur Last, sofern diese für die Entschädigungsfeststellung zuständig sind (2651).

Die Zweiganstalten der Berufsgenossenschaften sind an sich nicht rechtsfähig; ihre Konten im Preuß. Staatsschuldbuch sind als besondere Konten der rechtsfähigen Berufsgenossenschaft zu behandeln, worüber diese zu Händen ihrer Zweiganstalt besondere Abrechnungen erhält (2652).

Die nach § 712 RVO. einem Unternehmer auferlegten Zuschläge sind für die Umlagen derjenigen Tarifzeit, auf die sich der Beschluß erstreckt, zu erheben, und zwar auf Grund der für diese Umlage gesetzmäßig festzustellenden Unterlagen (2653).

Die Reittier- und Fahrzeughaltung der Revierverwalter ist, soweit sie im Interesse des Forstdienstes erfolgt, dem Forstbetriebe zuzurechnen, auch wenn die Revierverwalter selbst die Pferde anzuschaffen und die Leute zu ihrer Bedienung zu stellen haben (2654).

Bei Notständen können die Umlagebeiträge den davon betroffenen Mitgliedern auf angemessene Zeit gestundet werden (2655).

---

[1]) Heft 10 der Amtl. Nachr. (vom 15. Oktober 1913). — Die Entscheidungen Nr. 2645 bis 2647, 2650 bis 2652 sind als „grundsätzliche" bezeichnet. Nr. 2645 ist eine Entscheidung des Großen Senats.

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Im Beitragsstreitverfahren (§ 1459 RVO.) sind sämtliche Beteiligte zuzuziehen; die Nichtbefolgung dieser Vorschrift stellt einen wesentlichen Mangel des Verfahrens dar. Das Gleiche gilt für das Verfahren über den Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht. Die in einem Verfahren gemäß §§ 1237 ff. RVO. getroffene Entscheidung kann in einem Beitragsstreitverfahren nicht abgeändert werden; neben dem ersteren Verfahren ist für ein Beitragsstreitverfahren kein Raum.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 20. Mai 1913.

Das Beschlußverfahren nach der Reichsversicherungsordnung wird von dem Grundsatz beherrscht, daß vor jeder Entscheidung die Beteiligten zu hören sind. Allerdings wird in der Reichsversicherungsordnung selbst im § 1795 eine dahingehende Vorschrift nur für das Beschwerdeverfahren gegeben; indessen sollte hiermit, wie in der Begründung zur Reichsversicherungsordnung bei § 1743 des Entwurfs (S. 518) betont wird, ein allgemeiner Rechtsgrundsatz zum Ausdruck gebracht werden. Dementsprechend wird auch in Durchführung dieses Grundsatzes in § 21 der Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Versicherungsämter vom 24. Dezember 1911 bestimmt, daß bei Streitsachen über Ansprüche, die das Versicherungsamt zu entscheiden hat, den Beteiligten der Antrag oder der wesentliche Inhalt des Antrags mit dem Anheimgeben mitzuteilen ist, binnen einer bestimmten Frist eine Gegenerklärung abzugeben. Zu den hier bezeichneten Ansprüchen gehören gemäß § 1459 RVO. Streitigkeiten über die Betragsleistung; § 21 a. a. O. findet somit auch bei diesen Streitigkeiten Anwendung. Gegenüber dem § 155 JVG., in dem die Zuziehung der nicht als Partei auftretenden Versicherungsanstalt nicht ausnahmslos vorgeschrieben war, ist somit in dieser Beziehung durch das neue Recht eine Änderung eingetreten (zu vgl. die Begründung des Entwurfs einer Reichsversicherungsordnung S. 432; Hanow-Lehmann, Kommentar zur RVO. 4. Buch Anm. 5 zu § 1459). Wer in Beitragsstreitigkeiten als „beteiligt" anzusehen ist, ist in der Reichsversicherungsordnung nicht ausdrücklich ausgesprochen; daß aber diese Bezeichnung nicht im rein prozessualen Sinne aufzufassen ist, sondern alle diejenigen umfaßt, die für die Beitragsleistung als Zahlende oder Empfänger in Betracht kommen, geht aus der Begründung zu § 1441 (jetzt § 1459) des Entwurfs (S. 431) hervor, wo als zur Betreibung des Beitragsstreitverfahrens befugt diejenigen bezeichnet werden, die an der Beitragsleistung „beteiligt" sind. Vorliegendenfalls hätten somit vor der Entscheidung nicht nur, wie geschehen, die Versicherungsanstalt, sondern auch B. und seine Arbeitgeberin gehört werden müssen. Die Anhörung dieser Beteiligten ist unterblieben. Die in dem angefochtenen Beschlusse gegebene Begründung für die Nichtanhörung des B., „daß er nach Ostafrika verzogen sei", ist nicht ausreichend. Soweit ersichtlich ist, ist kein Versuch gemacht worden, seinen dortigen Wohnsitz festzustellen; auch ist unterlassen worden, ihm gemäß § 18 der mehrerwähnten Verordnung vom 24. Dezember 1911 einen Vertreter zu bestellen, weil sein Aufenthaltsort unbekannt oder vom Sitze des Versicherungsamts weit entfernt war. Das Verfahren leidet somit an wesentlichen Mängeln; die Aufhebung des angefochtenen Beschlusses war daher geboten.

Eine Zurückverweisung an das Versicherungsamt zur anderweiten Entscheidung konnte trotzdem nicht erfolgen, weil vorliegendenfalls für ein Verfahren gemäß § 1459 RVO. kein Raum war. Durch § 1240 RVO. ist die Entscheidung über den Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht dem Beschlußausschusse des Versicherungsamts übertragen worden. Auch zum Widerruf der Befreiung ist der Beschlußausschuß zuständig (§ 1241); im Beschwerdeverfahren entscheidet daher in beiden Fällen gemäß § 1781 Abs. 1 RVO. die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts. Die in § 21 a. a. O. vorgeschriebene Anhörung der Beteiligten hat auch hier vor der Entscheidung über den Befreiungsantrag stattzufinden; vorliegendenfalls ist sie allerdings in dem auf Antrag des B. eingeleiteten Verfahren unterblieben und dies dadurch mit einem wesentlichen Mangel behaftet worden. Die Reichsversicherungsordnung bietet somit für das Befreiungsverfahren nach den §§ 1237 ff. a. a. O. in viel höherem Maße Gewähr für eine auf erschöpfender Klarstellung des Sachverhalts beruhende Entscheidung, als dies unter der Herrschaft des § 6 JVG. der Fall war, wonach eine Zuziehung der übrigen Beteiligten weder geboten war noch auch regelmäßig stattfand, und wonach die Entscheidung nicht von einem Kollegium, sondern von dem Vorsitzenden der unteren Verwaltungsbehörde allein zu treffen war. Gerade mit Rücksicht auf die alleinige Beteiligung des Antragstellers und die Nichtanhörung des Versicherungsträgers hat aber das Reichsversicherungsamt den auf Grund des § 6 JVG. ergehenden Beschlüssen gewissermaßen nur die Bedeutung von vorläufigen Entscheidungen beigemessen und ihre Nachprüfung im Wege eines gemäß § 155 JVG. einzuleitenden Verfahrens für zulässig erklärt (zu vgl. Entsch. 1047, Amtl. Nachr. 1903 S. 374, Entsch. 1322, daselbst 1907

Digitized by Google

S. 492). Diese Auffassung kann jetzt nicht mehr aufrechterhalten werden. Die Ausgestaltung, die das Verfahren durch die Reichsversicherungsordnung erfahren hat, bezweckt offenbar die Ermöglichung einer endgültigen Entscheidung über die Zulässigkeit der Befreiung; ihre Wirksamkeit nachträglich im Wege eines Beitragsstreitverfahrens wieder aufzuheben erscheint um so weniger angängig, als die auf Grund des § 1459 RVO. ergehenden Entscheidungen von dem Vorsitzenden des Versicherungsamts allein getroffen werden. Dieser würde hiernach bei Aufrechterhaltung der bisherigen Rechtsübung in die Lage kommen, vom Beschlußausschuß unter seinem Vorsitz getroffene Entscheidungen mit rückwirkender Kraft wieder zu beseitigen, was der Gesetzgeber keinesfalls beabsichtigt haben kann. Vielmehr muß hiernach angenommen werden, daß ein im ordnungsmäßigen Verfahren auf Grund des § 1240 a. a. O. ergehender Beschluß die Frage der Befreiung, abgesehen von dem Falle eines wegen Veränderung der Verhältnisse erfolgenden Widerrufs, endgültig entscheidet. Vorliegendenfalls ist allerdings das Verfahren nicht ordnungsmäßig durchgeführt worden, leidet vielmehr, wie bereits hervorgehoben, an einem wesentlichen Mangel. Das Reichsversicherungsamt ist aber zu einer Aufhebung des die Befreiung des B. von der Versicherungspflicht aussprechenden Beschlusses nicht zuständig. Diese Befugnis steht vielmehr gemäß § 1240 in Verbindung mit § 1781 Abs. 1 RVO. nur der Beschlußkammer des Oberversicherungsamts zu.

Entscheidungen des Reichsversicherungsamts [1]).

Art. 69 Satz 3 Einf.Ges. z. RVO. bezieht sich nur auf die Berechnung der einzelnen Hinterbliebenenbezüge, ist dagegen ohne Einfluß auf den nach § 1294 RVO. zulässigen Höchstbetrag der gesamten Hinterbliebenenbezüge; somit sind bei Berechnung der hierfür maßgebenden Invalidenrente des Verstorbenen sämtliche Beiträge zu berücksichtigen (1747).

Beiträge, die in der irrigen Annahme der Versicherungspflicht von dem vermeintlichen Arbeitgeber entrichtet sind, können in den Grenzen des § 1442 RVO. auf eine frühere versicherungspflichtige und nicht genügend durch Marken belegte Beschäftigung angerechnet werden, wenn dies dem mutmaßlichen Willen des Arbeitgebers entspricht (1748).

Die Anfechtung gemäß § 1445 Abs. 3 RVO. muß gegenüber dem Versicherten erfolgen. Die Rev.Entsch. 1600 Amtl. Nachr. 1912 S. 680 enthält keinen entgegenstehenden Grundsatz (1749).

Die Unterbringung eines Rentenempfängers in einem Krankenhaus ist nur in besonderen Ausnahmefällen als „Gewährung des vollständigen Unterhalts in einer Anstalt" im Sinne der §§ 1506, 1536 RVO. anzusehen (1750).

Die Zurückverweisung nach § 1690 steht, wenn ein wesentlicher Mangel vorliegt, im freien, der Nachprüfung des Revisionsgerichts nicht unterliegenden Ermessen des Oberversicherungsamts. — Das vom Versicherungsamt nach § 1623 erstattete Gutachten bedarf nicht der Begründung nach Art eines Urteils; daß es zu einem nach Lage der Akten nicht gerechtfertigten Ergebnisse gelangt, ist kein wesentlicher Mangel des Verfahrens (1751).

Die Unterlassung der Einholung eines ärztlichen Gutachtens über den Zustand des Rentenbewerbers durch das Versicherungsamt gemäß §§ 1622 Abs. 2, § 1665 RVO. ist, wenn infolge davon der Sachverhalt nicht genügend geklärt ist, ein wesentlicher Mangel des Verfahrens (1752).

Für die Zulässigkeit der Revision ist nicht (wie nach der Rechtsprechung im Gebiet der Zivilprozeßordnung) die Zeit der Einlegung des Rechtsmittels, sondern die Zeit der Entscheidung maßgebend (1753).

Bei der Berechnung der Mindestverdienstgrenze oberschlesischer Bergarbeiter ist, mit Rücksicht auf das Steigen der Löhne in den letzten Jahren, die Berücksichtigung weiter zurückliegender Zeiten nicht zulässig (1754).

Auch Aufenthalt in einer Krankenanstalt gilt als „Wohnen" im Sinne des § 1637 und begründet die Zuständigkeit (1755).

Daß der im Wirtschaftsbetriebe des Vaters beschäftigte Hausſohn auf Grund dieser Beschäftigung zur Einkommensteuer herangezogen ist, rechtfertigt für sich allein noch nicht, ihn als versicherungspflichtigen Lohnarbeiter seines Vaters anzusehen (1756).

Aufstellung und Umtausch der Quittungskarten dürfen nur durch die zuständigen Stellen erfolgen (1757).

Die Abgabe einer Streitsache zur Entscheidung an das Reichsversicherungsamt nach § 1459 RVO. setzt immer einen förmlichen Antrag voraus. Diese Sondervorschrift für Beitragsstreitigkeiten schließt die Anwendung der allgemeinen Vorschriften in § 1799, also die Abgabe von Amts wegen ohne Antrag, aus (1758).

---

[1]) Heft 10 der Amtl. Nachr. (vom 15. Oktober 1913). — Die Entscheidungen Nr. 1747 bis 1753 sind als „grundsätzliche" bezeichnet.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Krankenkassen und Aerzte[1]).

Nachdem der deutsche Aerztetag am 26. Oktober d. J. den Krankenkassen „den Krieg erklärt hat" und die Krankenkassenverbände diese Kriegserklärung angenommen haben, erscheint die Annahme naheliegend, daß vom 1. Januar k. J. ab, von wenigen Ausnahmen abgesehen, die der Krankenversicherungspflicht unterworfenen Personen der durch das Gesetz zugesicherten ärztlichen Hilfe entbehren werden. So schlimm liegen die Dinge aber nicht, denn ebensogut wie es bisher schon gelungen ist, für zahlreiche Krankenkassen die Verträge mit den Aerzten nahe zum Abschluß zu bringen, wird es auch bis zum 1. Januar möglich sein, im großen und ganzen die ärztliche Fürsorge für die meisten Krankenkassen in angemessener Form sicherzustellen. Dazu bedarf es von beiden Seiten einiger Konzessionen, die im Einzelfall schließlich zu erreichen sind, ohne daß von den grundsätzlichen Anschauungen, die auf allgemeinen Versammlungen und bei Verhandlungen von Verband zu Verband unwillkürlich in den Vordergrund gestellt, etwas aufgegeben zu werden braucht. Der Abschluß von Verträgen zwischen Krankenkassen und Aerzten wird schon unter dem Drucke der Verhältnisse erreicht werden, denn auch die Aerzte haben ein dringendes Interesse an friedlichen Beziehungen zu den Krankenkassen, die die überwiegende Menge der Patienten vertreten. Es kann hiernach mehr als zweifelhaft sein, ob es für die Reichsregierung oder die Einzelstaaten geraten ist, die ihnen jetzt nahegelegte Vermittlerrolle zwischen den feindlichen Verbänden zu übernehmen, denn der Erfolg ihrer Bemühungen kann nach den bisherigen Erfahrungen nur ernstlich in Frage gezogen werden.

Immerhin ist es keineswegs unwahrscheinlich, daß einzelne Krankenkassen ihren Mitgliedern am 1. Januar 1914 keine ärztliche Versorgung gewährleisten können, weil ihnen der Abschluß eines Arztvertrages wegen der Forderungen der Aerzte nicht gelungen ist. Und es entsteht nunmehr die Frage, was aus der ärztlichen Behandlung der Kassenmitglieder werden soll. Für diese Fälle sieht der § 370 RVO. einen Ausweg vor, dessen Gangbarkeit auch auf dem Aerztetag eingehend erörtert und abfällig beurteilt worden ist. Danach kann das Oberversicherungsamt eine Krankenkasse bei der die ärztliche Versorgung dadurch gefährdet ist, daß sie keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Anzahl von Aerzten schließen konnte, ermächtigen, statt der Krankenpflege oder der sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrages ihres gesetzlichen Krankengeldes zu gewähren. Dabei kann das Oberversicherungsamt unter andern bestimmen, wie die Krankheit des Versicherten anders als durch ärztliche Bescheinigung nachgewiesen werden darf und daß die zwangsweise Einweisung in das Krankenhaus in allen Fällen zulässig ist. Der Erkrankte erhielt also einen Geldbetrag ausgezahlt, mit dem er die Auslagen für ärztliche Hilfe, Arzneien und Heilmittel bestreiten soll. Dieser Rechtslage wollen die Ärzte dadurch Rechnung tragen, daß sie die Kassenmitglieder gegen vorherige Bezahlung nach der Mindesttaxe ärztlich behandeln wollen. Eine Berechtigung zu diesem Vorgehen kann den Ärzten wohl kaum abgesprochen werden, denn es liegt nahe, daß sie aus der veränderten Gesetzgebung im eigenen Interesse die Folgerungen ziehen. Wenn das Verhalten der Ärzte als Ärztestreik bezeichnet wird, so entspricht es nicht den tatsächlichen Verhältnissen; denn an sich gewähren die Ärzte Hilfe, nur nicht unter den von den Krankenkassen verlangten Bedingungen. Allerdings wird durch die Anwendung des § 370 die Durchführung der Krankenversicherung nicht nur erschwert, sondern geradezu in Frage gestellt, denn von jeher ist die Gewährung einer Geldentschädigung, damit der Erkrankte sich seine Krankenpflege selbst besorge, als mehr wie unzulänglich angesehen worden. Es mag nur auf die Erfahrungen verwiesen werden, die mit den Hilfskassen bis zum Jahre 1892 gemacht sind. Nach dem Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 waren nämlich diese als Träger der Krankenversicherung befugt, anstelle der Krankenpflege eine Erhöhung des Krankengeldes um ein Viertel des ortsüblichen Tagelohnes zu gewähren. Durch das Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 wurde dieses Recht beseitigt und die Hilfskosten zur Gewährung von Arzt, Arzneien und Heilmittel in natura verpflichtet, weil wie in der Begründung ausgeführt wird, die Gewährung der Geldentschädigung als ausreichende Für-

[1]) Indem wir den vorliegenden, uns von sehr geschätzter, ebenso sachkundiger wie objektiver Stelle zugehenden Ausführungen Raum geben, verweisen wir darauf, daß wir selbst zu dieser Frage am Schlusse der Mitteilungen S. 784 ff. Stellung genommen und namentlich gleichfalls betont haben, wie die Anwendung des § 370 RVO. die Versicherten, die Krankenkassen, die Volksgesundheit, aber auch die Aerzte schwer schädigen muß, und zwar die Aerzte nicht nur an ihrem Vermögen, sondern auch an ihrem Ansehen. Diesen Gesichtspunkt finden wir jetzt auch am Schluß eines längeren Aufsatzes von Heinrich Bauer in der „Christlichen Welt" (vom 6. November 1913) scharf betont. Dort heißt es:

„Zum Schluß möchte ich noch auf die Folgen hinweisen, wenn der jetzige Konflikt nicht durch energisches Eingreifen behördlicher Organe bald ganz gründlich behoben wird. Die Aerzte wollen alsdann mit Ende d. J. ihre Tätigkeit für die Kassen einstellen und von deren Mitgliedern selbst die Honorierung beanspruchen. Wohl wird den meisten Aerzten nicht dabei sein, wenn es bedauerlicherweise soweit kommen sollte. Von allem andern abgesehen: noch sind die Aerzte, wenigstens in mittleren Orten und auf dem Lande, Respektspersonen, und jeder Wohlmeinende wird wünschen, daß es so bleibt. Kommt es aber zu dem jetzt erst angedrohten Kampfe, dann geht dem Stande ein gut Teil seiner Würde unrettbar verloren. Auch wenn üble Kampfmaßregeln unterbleiben, wie etwa die Verweigerung von Krankheitsbescheinigungen an die privatim behandelten Kassenmitglieder. (Aehnliches geschah ja leider vor fünf Jahren bei dem Konflikt der Aerzte mit den Lebensversicherungsgesellschaften hinsichtlich der Totenscheine!) Und was die Krankenkassen anlangt, so haben sie allerdings das Recht, ihren Mitgliedern statt ärztlicher Hilfe eine entsprechende Zahlung zu leisten. Wer aber den obigen Darlegungen über die Bemessung der Kassenleistungen auf einer gebotenen sparsamen Linie aufmerksam gefolgt ist, der weiß, daß eine Unterbrechung der Fühlung zwischen Krankenkassen und Aerzten erstere einer heillosen Zerrüttung ihrer Finanzen ausliefern würde.

Hoffen wir also, daß der Konflikt zwischen Aerzten und Krankenkassen durch das Eingreifen eines starken Dritten doch noch vor dem Ausbruch des Kampfes rechtzeitig beigelegt werde!"

Digitized by Google

sorge der Versicherten nicht angesehen werden könne. Die Versicherten würden selbst geschädigt, insofern ihnen in Krankheitsfällen nicht dasjenige Maß der Unterstützung gewährleistet sei, welches der Gesetzgeber als Mindestleistung fordere. Die Abhaltung der freien ärztlichen Behandlung durch eine mäßige Erhöhung des Krankengeldes sei zwar subjektiv für viele Erkrankte, welche kurzsichtig genug seien, den Arzt in Krankheitsfällen tunlichst wenig oder gar nicht in Anspruch zu nehmen, erwünscht, objektiv aber für die schnelle und sichere Gesundung des Erkrankten nachteilig. Wenngleich die im § 370 vorgesehene Barleistung höher ist, so reicht auch sie bei weitem nicht aus, um den Erkrankten die Bezahlung der ärztlichen Hilfeleistung zu ermöglichen, zumal aus dem Geldbetrag auch die Arzneien und Heilmittel bezahlt werden müssen. Die Gefahr, daß der Erkrankte den Arzt überhaupt nicht in genügender Weise aufsucht, liegt naturgemäß bei leichten Erkrankungen näher, während bei ernsten Krankheiten die Besorgnis besteht, daß die Geldentschädigung nicht ausreicht. Reicht sie aber nicht aus, dann kann es dazu kommen, daß Hilfsbedürftigkeit vorliegt und der Armenverband eingreifen muß. Die Gewährung der Armenunterstützung, die bei Krankheitsfällen gerade durch die Versicherung ausgeschlossen werden soll, hat bekanntlich für den Empfänger insofern unangenehme Folgen als er in der Ausübung gewisser politischer Rechte beschränkt wird.

Auch für die Krankenkassen bietet die Durchführung des § 370 große Schwierigkeiten. Gegen die Simulation und gegen die Ausbeutung der Kasse während der Arbeitslosigkeit gibt es als Mittel nur die unnachsichtige Kontrolle durch den Arzt. Fehlt der Kasse die Möglichkeit sich der Aerzte zu bedienen, so wird sie alsbald in finanzielle Schwierigkeiten geraten, die den plötzlichen Zusammenbruch der Kasse zur Folge haben können. Das Gesetz gibt allerdings den Krankenkassen für diese Fälle zwei Hilfsmittel an die Hand, die Heranziehung anderer Personen als Aerzte zur Feststellung des Gesundheitszustandes und die Einweisung des Erkrankten in ein Krankenhaus gegen seinen Willen. Das letztere Mittel ist nur gegen Arbeitsunfähige und nur solange anwendbar, als in den Krankenhäusern Platz vorhanden ist. In allen übrigen Fällen wird das andere Mittel aber ganz versagen, da die Ermittelung der Krankheit und die einwandsfreie Feststellung des Zweckes der Erwerbsunfähigkeit nicht einmal dem Arzte immer gelingt. Schwierigkeiten werden den Krankenkassen und den Versicherten jedenfalls auch für den Bezug der Arzneien entstehen, da viele wichtige Arzneimittel nur gegen ärztliche Verordnung abgegeben werden dürfen.

Der § 370 erweist sich nach alledem als kein besonders brauchbares Kampfmittel in den Händen der Krankenkassen, während er auf der anderen Seite den Aerzten keinen unmittelbaren Schaden zufügt. Seine Anwendung wird in erster Linie den Krankenkassen schwere Ungelegenheiten bereiten aber auch darüber hinaus das ganze Gebäude der Arbeiterversicherung in seinen Grundfesten erschüttern. Bei Unfällen sind die Berufsgenossenschaften an einer schnellen und gründlichen Behandlung des Verunglückten durch einen zuverlässigen Arzt stark interessiert. Fehlt die ärztliche Behandlung, so muß die Berufsgenossenschaft bei allen Unfällen sofort das Heilverfahren einleiten. Wenngleich sie von den Krankenkassen Ersatz verlangen kann, so entstehen aus einer solchen Verpflichtung bei der Ausdehnung des Bezirksverwaltungstechnische Schwierigkeiten, die jedenfalls auch zu einer Steigerung der Verwaltungskosten Anlaß geben. Auch die Landesversicherungsanstalten werden Schaden erleiden, wenn die rechtzeitige ärztliche Behandlung versäumt wird, da dadurch im Einzelfalle die Gefahr der Invalidität heraufbeschworen wird. Auch sie werden daher vielfach das Heilverfahren da einleiten müssen, wo sie es sonst der leistungsfähigen Krankenkasse hätten überlassen können.

Aerzte und Krankenkassen gehören zusammen. Wie die Aerzte ohne das Heer der versicherten Personen nicht existieren können, so können auch die Krankenkassen ohne die Aerzte nicht gedeihen. Bei dem Kampf zwischen Aerzten und Krankenkassen handelt es sich nicht nur um den Verlust materieller Güter, sondern es stehen auch große ideale Güter, vor allem die Volksgesundheit auf dem Spiele. Deshalb sollte auf beiden Seiten alles daran gesetzt werden um friedliche Beziehungen herbeizuführen. Bei gutem Willen muß das gelingen, denn wo ein Wille ist, da ist auch ein Weg.

Zur Lage im Streit zwischen Kassen und Aerzten.

Die Krankenkassenverbände haben im folgenden Rundschreiben die Streitlage gekennzeichnet und die Kassen mit Weisungen versehen:

„Nach verschiedenen Mitteilungen ist zu erwarten, daß trotz des Beschlusses des Aerztetages am 26. Oktober in Berlin an vielen Orten die Aerzte mit den Krankenkassen weiter verhandeln und Verträge schließen werden. Tatsächlich sind auch viele Verträge nicht gekündigt worden, und insbesondere bei großen Kassen bestehen noch langfristige Verträge, die über den 1. Januar 1914 hinaus laufen. Es ist deshalb ausgeschlossen, daß ein allgemeiner vertragsloser Zustand bei den Kassen eintreten kann. Ohne den Ernst der durch die Beschlüsse des Aerztetages an vielen Orten geschaffenen Lage zu verkennen, empfehlen wir dringend, dem weiteren Verlauf der Angelegenheit mit Ruhe entgegenzusehen. Die Leitung der Aerzteorganisation bezweckt offensichtlich mit der Ankündigung des Streikes bei den Kassen zu einem nicht geringen Teile eine Einschüchterung der Versicherungsbehörden, insbesondere der Oberversicherungsämter, damit möglichst viele ihrer radikalen Forderungen bei der Festsetzung „angemessener" Bedingungen im Sinne des § 370 RVO. berücksichtigt werden.

Wir raten den Kassen, bei denen Verträge gekündigt sind, angelegentlichst, wegen Abschlusses neuer Verträge unverzüglich mit den in Betracht kommenden Aerzten in Verbindung zu treten oder abgebrochene Verhandlungen wieder aufzunehmen. Dabei wäre von vornherein festzustellen, ob die Aerzte bereit sind, Verträge abzuschließen, wenn die Verhandlungen zu einem Ergebnis führen. Sollten die Aerzte die Verhandlungen überhaupt ablehnen oder nur zum Scheine führen, so daß voraussichtlich ein Vertrag nicht zu erreichen ist, so empfiehlt es sich, die als angemessen erachteten Bedingungen den Aerzten nochmals in bestimmter Form anzubieten unter Festsetzung einer angemessenen Frist für die Erklärung dazu. Auf keinen Fall dürfen sich die Kassen jetzt noch auf eine Verschleppung der Verhandlungen einlassen. Führt dieses Vorgehen nicht zu dem gewünschten Ziele, so wären die von der Kasse als angemessen erachteten Bedingungen dem Oberversicherungsamt mitzuteilen mit dem Antrage, auf Grund des § 370 RVO. diese als angemessen anzuerkennen und demgemäß die Kasse zu ermächtigen, statt der Krankenpflege oder sonst erforderlichen ärztlichen Behandlung eine bare Leistung zu gewähren. Kassen, die beabsichtigen, diesen Antrag zu stellen, ist anheimzugeben, Vertrauensärzte oder wenigstens einen Arzt zu gewinnen, der hauptsächlich die Krankheiten festzustellen und zu bescheinigen hätte. Weitere Winke und Maßnahmen zur Durchführung des § 370 RVO. werden wir den Verbandskassen noch geben. Den Kassen, welche mit auswärtigen Aerzten in Verhandlung stehen, können

Digitized by Google

wir nur empfehlen, die Verträge mit diesen Aerzten möglichst bald abzuschließen.

Mit Rücksicht darauf, daß die Aerzte systematisch den Abschluß von neuen Verträgen hingezögert haben, was ihnen zum Teil durch die späte Herausgabe der Mustersatzungen und die späte Genehmigung der neuen Satzungen ermöglicht wurde, muß erwartet werden, daß die Versicherungsbehörden die Kassen nicht schon jetzt zum Abschluß von neuen Verträgen drängen. Hierin würde nach Lage der Sache eine Parteinahme der Versicherungsbehörden zugunsten der Aerzte zu erblicken sein. Wo die Versicherungsbehörden dennoch drängen, sollte unverzüglich die Beschwerde an das Oberversicherungsamt oder an die oberste Verwaltungsbehörde eingereicht werden."

Zum Streit zwischen Aerzten und Krankenkassen

äußert sich jetzt auch der frühere Staatsminister Dr. von Landmann in der „Deutschen Juristen-Zeitung" vom 15. November 1913. Aus seinen Ausführungen heben wir hervor, was er über die praktische Bedeutung des § 370 RVO. sagt:

„Welche Folgen der § 370 haben würde, wenn er im großen Umfange zur Anwendung käme, ist schwer zu sagen. Die Aerzte erwarten davon den Ruin der Krankenkassen, die Krankenkassenvertreter aber sehen darin eine Schutzbestimmung für die Kassen, vor deren Anwendung sie keine Furcht zu haben brauchen. Ich bin ebenfalls der Meinung, daß durch die Anwendung des § 370 die Krankenkassen keinen Schaden leiden werden, vorausgesetzt, daß die Oberversicherungsämter von der ihnen zustehenden Befugnis in einer, den Interessen der Krankenkassen entsprechenden Weise Gebrauch machen. Die Krankenkassen werden alsdann wahrscheinlich, da jeder Versicherte das Krankenattest und den Besuch seinem Arzt und dem Apotheker das Rezept sofort bezahlen muß, mit einer geringeren Zahl von Simulanten zu tun haben, und sie werden, da sie den Versicherten höchstens zwei Drittel des Krankengeldes statt der Krankenpflege zu geben haben, hierbei weniger ausgeben als für Arzt und Apotheke. Die Aerzte aber werden unter der Anwendung des § 370 zu leiden haben, denn, auch wenn die Krankenkassen die den Versicherten zu gewährende Quote des Krankengeldes möglichst hoch bemessen, so ist doch wahrscheinlich, daß dieses Geld nur zum geringen Teil den Aerzten zukommen, zum Teil aber anderweitig verbraucht oder in die Taschen von Kurpfuschern fließen wird, denn während die von den Krankenkassen zu leistende ärztliche Hilfe nur durch approbierte Aerzte und Zahnärzte erfolgen darf (§ 122 RVO.), ist der Versicherte, der auf eigene Kosten ärztliche Hilfe sucht, an approbierte Aerzte und Zahnärzte nicht gebunden. Das Pfuschertum wird vielleicht den Hauptvorteil von § 370 haben, und wenn die Aerzte den Rat befolgen, der ihnen auf der Berliner Versammlung von dem Vorsitzenden des „Leipziger Verbandes" erteilt wurde, von den Patienten Vorschuß zu verlangen, so werden diese erst recht kopfscheu werden. Jedenfalls aber wird den Versicherten die Erlangung ärztlicher Hilfe sehr erschwert und verteuert werden. Es könnte dann allmählich der Zustand wieder eintreten, der vor Einführung der Krankenversicherung bestand, daß die Arbeitermassen überhaupt den Arzt selten aufsuchen, und als weitere Folge wäre zu befürchten, daß die Sterblichkeit der Bevölkerung wieder zunimmt, die durchschnittliche Lebensdauer in Deutschland, die infolge der sozialpolitischen Gesetzgebung sich erheblich erhöht hat, wieder sinken würde.

Eine solche Entwicklung der Dinge wäre aber im Interesse unseres Volkes sehr zu beklagen. Die Sicherstellung der freien ärztlichen Behandlung für jeden Arbeiter ist eine der wesentlichsten Stützen unserer Sozialgesetzgebung, und ein solcher Grundpfeiler darf nicht erschüttert werden.

Allein, was ist jetzt zu raten? Der nächstliegende Gedanke ist, daß unter der Leitung des Reichsamts des Innern nochmals der Versuch einer Verständigung zwischen dem Leipziger Aerzteverband und den Krankenkassenverbänden gemacht wird. Was aber, wenn dieser Versuch fehl schlägt, was nach den starken Worten, die in Berlin gefallen sind, zu befürchten ist? Dann soll nach meiner Meinung das Reichsamt des Innern von sich aus den Streit vorläufig entscheiden, indem es erklärt, welche Forderungen der Aerzte angemessen oder unangemessen oder bedingt annehmbar sind. Ein vorheriges Benehmen mindestens mit den Regierungen der größeren Bundesstaaten hätte selbstverständlich einem solchen Erlaß vorauszugehen. Die einzelnen Regierungen müßten sodann diesen Erlaß den Oberversicherungsämtern als Richtschnur für die Behandlung der auf Grund des § 370 RVO. gestellten Anträge der Krankenkassen mitteilen. Die Oberversicherungsämter wären ferner anzuweisen, über die von den Kassen gestellten Anträge die ärztlichen Organisationen ihres Bezirkes einzuvernehmen und bei der Verhandlung beide Teile über das Erreichbare entsprechend zu belehren. Erst dann, wenn die örtliche oder provinzielle Aerztevertretung die Beteiligung an der Verhandlung ablehnen oder nach der Verhandlung auf dem Streikbeschluß beharren oder an unannehmbaren Bedingungen festhalten würde, wäre sodann der antragstellenden Kasse die Ermächtigung zu erteilen, statt ärztlicher Hilfe eine bare Leistung zu gewähren; zugleich müßte der Betrag oder Mindestbetrag dieser Barleistung festgesetzt werden und wären zugleich die im § 370 Abs. 2 Ziff. 1—4 vorgesehenen Bestimmungen bezüglich der Zeugnisse und Krankenhausbehandlung zu treffen."

Welchen Einfluß hat die Uebernahme der vollen Beiträge durch den Arbeitgeber auf die Versicherung?

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat zu dieser Frage dahin Stellung genommen, daß die freiwillige Uebernahme der vollen Beiträge zur Sozialversicherung durch den Arbeitgeber zwar die Zugehörigkeit des Angestellten zu einer höheren Gehaltsklasse, nicht aber, wenn durch die Anrechnung der übernommenen Beiträge der Betrag von 5000 M. überschritten wird, die Versicherungsfreiheit gemäß § 1 Abs. 3 AVG. begründen kann.

Was hiernach für die Angestelltenversicherung gilt, muß aus gleichen inneren Gründen entsprechend auch für die Kranken- und Invalidenversicherung gelten. Soweit es sich um die Frage der Versicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit handelt, stimmt dies mit den aus der Zeitschrift „Gesetz und Recht" 1910 S. 332 entlehnten Ausführungen, die wir im Jahrg. 1910 S. 377 mitgeteilt haben, überein. Man würde sich in der Tat „im Kreise herum" bewegen, wollte man annehmen, daß die Uebernahme der vollen Beiträge durch den Arbeitgeber, wenn dadurch die Verdienstgrenze überschritten wird, Versicherungsfreiheit begründet (Monatsschr. f. Arb.- u. Angest.-Vers. S. 478). Dagegen kann dieser Uebernahme, die doch immerhin zum Entgelt im Sinne des § 160 RVO. wie des § 2 AVG. gehört, die Wirkung nicht abgesprochen werden, daß sie unter Umständen die Lohnstufe (Lohnklasse, Gehaltsklasse) erhöht und somit das Maß der Beiträge und Leistungen beeinflußt.

Digitized by Google

Muster zu Krankenordnungen

werden nach einer Mitteilung des preußischen Handelsministers (HMBl. S. 601) in Preußen amtlich nicht aufgestellt. Ein Muster einer Krankenordnung für Krankenkassen ist jedoch im Buchhandel (Carl Heymanns Verlag, Berlin, Mauerstr. 43/44) erschienen.

Zur Eintragungsfähigkeit der ärztlichen Vereine.

Für die Stellung und Wirkungsmöglichkeit der ärztlichen Vereine ist es von hoher Wichtigkeit, ob sie in das Vereinsregister eingetragen werden und dadurch ohne weiteres Rechtsfähigkeit erlangen können, oder ob sie hierzu besonderer staatlicher Verleihung bedürfen. Nach §§ 21, 22 BGB. ist ersteres nur dann der Fall, wenn der Zweck eines solchen Vereins „nicht auf einen wirtschaftlichen Geschäftsbetrieb gerichtet ist". Der Sinn dieser Voraussetzung ist nicht zweifelsfrei, und die Gerichte haben darüber bekanntlich sehr verschieden geurteilt. Ein Urteil des Kammergerichts vom 4. April 1913 (Arb.-Versorgg. S. 399) aber hat den Vereinen die Eintragungsfähigkeit aberkannt. Wir halten diese Entscheidung nicht für unbedenklich und finden jetzt in der Deutschen Juristen-Zeitung (1913 Sp. 1237 ff) sehr beachtenswerte Ausführungen des Geheimrats, Professor Lenel in Freiburg i. Br., in denen, auf Grund der Satzungen der ärztlichen Vereine und unter Darlegung des Zwecks des Gesetzes, die Entscheidung des Kammergerichts als verfehlt nachgewiesen wird. Inzwischen erfahren wir, daß auch das Reichsgericht (4. Zivilsenat) durch Beschluß vom 30. Oktober 1913 die Eintragungsfähigkeit der kassenärztlichen Vereine anerkannt hat.

Vom Ortskrankenkassenverband Stuttgart

liegt ein starkes Heft „Zusammenstellung der Rechnungsergebnisse vom Jahre 1912" vor. Der Verband umfaßt drei große Kassen, die Ortskrankenkasse der Metzger, die Allgemeine Ortskrankenkasse und die Ortskrankenkasse der Handelsgewerbe usw. Diese Kassen werden, infolge der Schließung und Auflösung anderer und infolge der Einbeziehung weiterer Personenkreise in die Versicherung, am 1. Januar 1940 schätzungsweise etwa mit zusammen 140000 Mitgliedern zu rechnen haben. Sie werden ihren Mitgliedern, unter Wiedereinführung einer dreitägigen Wartezeit für das Krankengeld, folgende Mehrleistungen gewähren:

1. Krankenhilfe (Arzt, Arznei und Heilmittel, Krankengeld) wird den Kassenmitgliedern bis zu 52 Wochen gewährt.

2. Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen wird zugebilligt, wenn die Aufnahme des Kranken in ein Krankenhaus geboten, aber nicht ausführbar ist.

3. Bei Verpflegung der ledigen Mitglieder in einer Krankenanstalt erhalten diese ein Viertel des Krankengelds der verschiedenen Klassen.

4. Den Wöchnerinnen wird ohne die an sich zulässige teilweise Anrechnung auf das Krankengeld gewährt: Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen.

5. Allen weiblichen Versicherungspflichtigen werden Hebammendienste und ärztliche Geburtshilfe, die bei der Niederkunft erforderlich werden, auf Kosten der Kasse bereit gestellt.

6. Schwangeren, die der Kasse mindestens sechs Monate angehören, werden Hebammendienste und ärztliche Behandlung, die bei Schwangerschaitsbeschwerden erforderlich werden, nicht aber auch Krankengeld gewährt.

7. Als Sterbegeld wird, mit Ausnahme der unständig Beschäftigten, beim Tode eines Mitglieds das 40fache des Grundlohns, mindestens aber ein Betrag von 50 M. gezahlt. In der höchsten Mitgliederklasse beträgt solches 240 M.

8. Als Familienhilfe wird gewährt:

a) ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, höchstens jedoch für 13 Wochen an folgende versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten, die in seinem Haushalt leben: Ehefrauen und Kinder unter 14 Jahren;
Das Legen von Zahnplomben und künstlicher Zahnersatz in der von Ortskrankenkassenverbande eingerichteten Zahnklinik und in den Zweigstellen derselben unter Beobachtung der gesetzlichen Bestimmungen und der anderweitig getroffenen Vereinbarungen;

b) im Falle der Verpflegung eines der oben bezeichneten Familienangehörigen in einem Krankenhaus bis zu 50% der Verpflegungskosten in III. Klasse, höchstens jedoch 1,25 M. pro Tag bis zur Dauer von 13 Wochen;

c) Wochenhilfe (Hebammendienste und ärztliche Behandlung, sowie Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen) an versicherungsfreie Ehefrauen der Versicherten;

d) Sterbegeld beim Tode des Ehegatten eines Mitglieds oder eines Kindes. Das Sterbegeld wird für den Ehegatten auf die Hälfte, für ein Kind bis zu vier Jahren auf ein Achtel, darüber bis zu 14 Jahren auf ein Viertel des festgesetzten Mitgliedersterbegeldes bemessen und um den Betrag des Sterbegeldes gekürzt, auf das der Verstorbene selbst gesetzlich versichert war;

e) ist das Familienoberhaupt Mitglied einer Krankenkasse, welche Familienhilfe gewährt, so ist der Anspruch auf diese Leistungen der Kasse auf Grund etwaiger Mitgliedschaft der Frau hinfällig, insoweit als dem Familienoberhaupt Anspruch auf eine gleichwertige Unterstützung an die Kasse, bei welcher es versichert ist, zusteht.
Der Unterstützungsanspruch für Familienangehörige hört mit dem Tage auf, an welchem das Mitglied aus der Kasse austritt.

f) Heilmittel wie Brillen, Bruchbänder usw. werden an Angehörige nur gegen Erstattung der Selbstkosten abgegeben;

g) Eisbeutel, Inhalationsapparate und Irrigatoren werden jedoch auf Verordnung des Arztes leihweise und unentgeltlich zur Verfügung gestellt.

Von allgemeinerem Interesse dürften die folgenden Erwägungen sein, die der Bericht über die vom 1. Januar 1914 ab zu gewährenden Leistungen und ihre finanzielle Bedeutung anstellt:

In erster Linie handelt es sich darum, ob die Kassen die durch die Reichsversicherungsordnung neu in die Versicherung als Pflichtmitglieder eingezogenen unständig beschäftigten Lohnarbeiter in den Unterstützungsansprüchen kürzen wollen, wie dies die Reichsversicherungsordnung zulassen würde. Von den unständig Beschäftigten ist heute schon eine große Zahl freiwillig bei den Ortskrankenkassen versichert, diese haben in Erkrankungsfällen die Unterstützungen der Kassen gleich den übrigen versicherungspflichtigen Mitgliedern zu beanspruchen. Es wäre nun eine große Härte, wenn diese seither freiwillig Versicherten unständig beschäftigten Lohnarbeiter, insbesondere die Näherinnen, Büglerinnen, Waschерinnen, unständige Tagelöhner und Tagelöhnerinnen bei künftigen Erkrankungen Unterstützungen erhalten würden, deren Höhe sie keineswegs vor Not schützen könnte. Eine große Anzahl derselben wäre daher genötigt, die Armenfürsorge in Anspruch nehmen zu müssen.

Digitized by Google

Ein Bericht in Nr. 49 des Amts- und Anzeigeblatts vom 28. Februar 1913 sagt uns, daß die Zahl der in armenärztlicher Behandlung und damit wohl in Armenunterstützung stehender Personen trotz der steigenden Einwohnerzahl immer mehr abnehme. Es seien im Jahre 1903 noch 4612 Personen in Behandlung gestanden, während die Zahl im Jahre 1912 auf etwa 1900 zurückgegangen sei. Diese Tatsache ist für Eingeweihte ohne weiteres klar. Sie ist wohl einzig und allein darauf zurückzuführen, daß die Ortskrankenkassen in so ausgedehntem Maße für die bei ihr Versicherten in Erkrankungsfällen sorgen, wodurch der Armenbehörde der Stadt Stuttgart ganz bedeutende Lasten abgenommen werden. In Würdigung dieses Umstandes haben wir denn auch bereits am 23. Januar d. J. an die Stadtverwaltung das Ersuchen gerichtet, die Beiträge für die im erweiterten Stadtdirektionsbezirk Stuttgart wohnenden, unständig Beschäftigten im vollem Betrag auf die Stadtkasse zu übernehmen, wozu das K. Ministerium des Innern in § 24 seiner Verfügung vom 26. Oktober 1912 die Gemeinde und Amtskoperationen grundsätzlich ermächtigt hat. Eine Antwort auf dieses Ersuchen ist uns bis jetzt nicht geworden.

Nach § 182 Ziff. 2 RVO. ist das Krankengeld in Zukunft vom vierten Krankheitstage an, wenn aber die Arbeitsunfähigkeit erst später eintritt, vom Tage ihres Eintritts an zu gewähren. Nach § 191 Abs. 2 kann die Satzung das Krankengeld vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an bewilligen bei Krankheiten, die länger als eine Woche dauern, zum Tode führen oder durch Betriebsunfall verursacht worden sind. Es ist also künftig nicht mehr möglich, die Karenzzeit ohne weiteres aufzuheben, oder auf eine kürzere Zeit zu beschränken[1]). Wollten nun die Satzungen in den Fällen, in denen eine Aufhebung der Karrenzzeit möglich ist, sie entweder ganz beseitigen oder, wie dies bisher bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse geschehen ist, auf einen Tag beschränken, so würden zwei Klassen von Empfangsberechtigten geschaffen, was nicht wünschenswert erscheint. Wir hatten im Jahre 1912 bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse 18678 = 33,29 %, also 1/3 aller Erkrankungsfälle mit Erwerbsunfähigkeit zu verzeichnen, welche nur eine Dauer bis zu sechs Tagen im Gefolge hatten. Es ist nun eine Erfahrungstatsache, daß alle diese Erkrankungen mit Erwerbsunfähigkeit künftig mehr als eine Woche dauern würden, wenn die Satzung die Karenzzeit in dem gesetzlich zulässigen Maße aufheben würde.

Wir haben deshalb in Erwägung zu ziehen, ob nicht die Karenzzeit ganz allgemein wieder eingeführt werden will und die hierdurch erzielten Ersparnisse den Versicherten und ihren Angehörigen wieder auf andere Weise zu gute kommen sollen. Es könnte dies in der Weise geschehen, daß die Dauer der Krankenunterstützung von seitherigen 26 Wochen auf 52 Wochen ausgedehnt würde, da diejenigen Erkrankten, deren Zahl allerdings eine äußerst geringe ist, einer Unterstützung erst recht bedürftig sind, wenn die bisher gewährte Unterstützungszeit von 26 Wochen abgelaufen ist, denn die ihnen nach Beendigung der Krankenunterstützung in Aussicht stehende Invaliden- oder Krankenrente reicht in ihren derzeitigen Beträgen nicht einmal zum Lebensunterhalt des Erkrankten, geschweige denn auch noch der Familienangehörigen aus. Es ist doch wohl sicher anzunehmen, daß das Kassenmitglied in den ersten drei Tagen der Erkrankung das Krankengeld weit eher entbehren kann, als derjenige Versicherte, den das Schicksal einmal länger als 26 Wochen auf das Krankenlager geworfen hat.

Weiter ist in Erwägung zu ziehen, in welcher Weise den Kassenmitgliedern ein Ausgleich für die ihnen seither bei Unterbringung von Familienangehörigen in Krankenhäusern, Erholungsheimen oder ähnlichen Anstalten gewährten Zuschüsse zu den Verpflegungskosten geschaffen werden will, da die Gewährung eines Beitrags zu denselben unter den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung nicht mehr angängig erscheint, denn das neue Recht geht von dem Grundgedanken aus, die Krankenpflege auch für Familienangehörige grundsätzlich nur in natura zu gewähren, es sieht eine Geldabfindung nur für den Fall vor, wenn die Kasse einen Vertrag über die Erlangung ärztlicher Hilfe zu angemessenen Bedingungen nicht schließen kann. Wir würden deshalb vorschlagen, künftig im Falle der Verpflegung eines Familienangehörigen in einem Krankenhause, einer Heilanstalt oder den der Krankenpflege dienenden Einrichtungen einen bestimmten Prozentsatz an den Verpflegungskosten zu übernehmen.

Für die Zukunft werden die Kassen auch genötigt sein, denjenigen Versicherten, welche an den Sonntagen Arbeiten zu verrichten haben (z. B. das gesamte Wirtschaftspersonal, Angestellte der Straßenbahnen, der Gas-, Wasser- und Elektrizitätswerke, Dienstboten usw.) in den mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Erkrankungsfällen auch für den Sonntag ein Krankengeld zu gewähren. Wir werden dafür von diesen Personen Beiträge auch für den Sonntag zu erheben haben.

Auch hier hatten wir die Absicht, die Erhebung von Sonntagsbeiträgen von allen Versicherten vorzuschlagen, dafür aber auch allen Versicherten für die Sonntage ein Krankengeld zu gewähren, um eine Gleichstellung Aller zu ermöglichen. Wir müssen aber diesen Gedanken fallen lassen, einmal mit Rücksicht auf die gegenwärtig gedrückte Geschäftslage im allgemeinen, dann aber auch aus dem Grunde, weil der Verein für freie Arztwahl für diese Ausdehnung der Kassenleistungen Forderungen gestellt hat, welche der Vorstand nicht erfüllen zu können glaubte, denn er steht nach wie vor auf dem Standpunkt, daß bei Erhöhung der Beitragsleistungen in erster Linie wieder die Versicherten und deren Familienangehörige zu berücksichtigen sind, insbesondere dann, wenn den Aerzten bei einer anderweitigen Regelung der Kassenleistungen irgendwelche vermehrte Arbeit nicht entsteht.

Es könnte noch weiter in Erwägung gezogen werden, ob nicht in Zukunft den Familienangehörigen zwecks Erzielung einer radikalen Unterbindung des Arzneihungers die freien Medikamente entzogen werden wollen und bei Erkrankungsfällen als Heilmittel ausschließlich die von der Kasse selbst hergestellten Nähr- und Kräftigungsmittel, ferner in chirurgischen und geburtshilflichen Fällen das erforderliche Verbandsmaterial gewährt werden will. Ferner erscheint uns als wirksames Mittel zur Verhinderung der oftmals unnötigen Inanspruchnahme des Arztes durch Familienangehörige eine Beitragsleistung zu den Aufwendungen für die ärztliche Behandlung sehr erwägenswert, was in der Weise durchgeführt werden könnte, daß für einen Hausbesuch des Arztes ein Betrag von 20 Pf., für eine Konsultation ein Betrag von 10 Pf. beigesteuert werden müßte, welche Beträge zu Gunsten der Kasse durch Ausgabe sogenannter Gutscheine, welche in Abreißblocks an verschiedenen Stellen gekauft werden könnten, eingezogen würden.

Diese beiden Neuerungen würden sicher den Erfolg haben, daß die Inanspruchnahme der Aerzte auf das

[1]) Beide Annahmen sind irrig. Das Krankengeld kann nach § 191 „schon" vom ersten, aber selbstverständlich auch vom zweiten oder dritten Tage ab gewährt werden. Wenn ferner die Wartezeit auch bei „anderen" Krankheiten aufgehoben werden kann, so kann sie auch bei allen Krankheiten in Wegfall gestellt werden, sofern das Oberversicherungsamt zustimmt. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 252, 253 (Anm. der Red.).

Digitized by Google

wirklich notwendige Maß beschränkt werden könnte, wodurch auch die immer wiederkehrenden Forderungen der Aerzte auf Erhöhung des Honorars zum Schweigen zu bringen wären, denn es ist ganz zweifellos, daß die Inanspruchnahme der Aerzte ganz erheblich zurückgehen würde, wenn die Kassenmitglieder selbst durch Inanspruchnahme des eigenen Geldbeutels die Tätigkeit des Arztes regulieren müßten.

Alle diese Aenderungen würden uns weiter die Aussicht eröffnen, die nach der Reichsversicherungsordnung zulässige Anstellung von Krankenschwestern zur Pflege der zu Hause Erkrankten und zur Wochenhilfe ins Auge zu fassen. Daß eine derartige Unterstützung vom sozialen Standpunkte aus für die Versicherten und ihre Familienangehörigen weit wirksamer wäre, als die Abschaffung von Karenztagen, bedarf wohl keiner eingehenden Begründung. Die erkrankte Mutter wäre, wenn sie vom Arzt ins Bett gesprochen wird, nicht mehr genötigt, zur Besorgung ihres Haushalts und ihrer Kinder, wenn auch nur auf wenige Stunden des Tages, das Bett zu verlassen, da sie in ihren Aufgaben im Haushalte durch eine Schwester abgelöst werden könnte. Manche Frau, deren Behandlung und Verpflegung in einem Krankenhause durch die Art der Erkrankung absolut notwendig ist, würde sich auch leichter zum Eintritt ins Krankenhaus entschließen können, wenn ihr die Sorge im Haushalt durch eine Schwester abgenommen würde. Es könnte dadurch auch vermieden werden, daß der Mann sich krank meldet oder, wozu er leicht geneigt ist, längere Zeit als notwendig in angeblich arbeitsunfähigem Zustande ebenfalls zu Hause bleiben will, um die Aufgaben der Frau und deren Pflege übernehmen zu können.

Die Abschaffung freier Medikamente und der Ansatz von niedrig bemessenen Beiträgen für Inanspruchnahme des Arztes durch Familienangehörige würden uns ferner ermöglichen, den erwerbsunfähig erkrankten Versicherten das Krankengeld von seitherigen 50 auf 55%, also um 10% zu erhöhen. Diese erhöhte Unterstützung würde namentlich für diejenigen Familienväter einem dringenden Bedürfnis abhelfen, welche in sogenannten Zuschußkassen nicht versichert sind.

Wir haben die Wirkung der soeben gegebenen Anregungen bei der in Zukunit die Führung übernehmenden Allgemeinen Ortskrankenkasse in bezug auf ihre finanzielle Tragweite berechnet und sind zu folgendem Ergebnis gekommen:

Die Wiedereinführung einer dreitägigen Karenzzeit würde eine Wenigerausgabe an Krankengeld verursachen von rund . . . . . 205000 M.

Die Uebernahme der Verpflegungskosten für Frauen und Kinder bis zu 14 Jahren bis zu 50% der Verpflegungskosten in III. Klasse würde abzüglich des seither gewährten Beitrags von täglich 50 Pf. zu den Verpflegungskosten eine Ausgabe verursachen von rund . . . . 40000 M.

die Gewährung der Krankenunterstützung statt seitherigen 26 auf 52 Wochen würde eine Mehrausgabe verursachen von schätzungsweise . . . . . 30000 M.

(nach den Feststellungen aus dem Jahre 1912 beträgt die Zahl der Erkrankungsfälle mit Erwerbsunfähigkeit, welche 26 Wochen gedauert haben, rund 1%)

Die Anstellung von zunächst 60 Krankenpflegerinnen zur

	Uebertrag	205000 M.
Pflege der zu Hause erkrankten Frauen und zur Wochenhilfe würde einen Aufwand verursachen von	90000 M.	160000 M.
	Rest zur Verfügung noch	45000 M.

Damit wären also diese Mehrausgaben durch Wiedereinführung der Karenzzeit reichlich ausgeglichen, es muß aber ein gewisser Betrag freigehalten werden, da die Nachfrage nach Krankenpflegerinnen zweifellos eine große werden wird.

Wollten wir nun den weiter angeregten Gedanken der Abschaffung der freien — reinen — Medikamente durchführen, so würde hierdurch eine Ersparnis erzielt werden von rund . . . . . 120000,00 M.

Die Beiträge für Inanspruchnahme des Arztes bei Familienangehörigen würden betragen bei

143104 Hausbesuchen	à 20 Pf. = 28620,80 M.	
bei 148375 Konsultationen	à 10 Pf. = 14837,50 M.	43458,30 M.
	zusammen also . . .	163458,30 M.

Mit diesem Betrag könnte das Krankengeld um 10% erhöht werden, was eine Ausgabe verursachen würde von rund 154000 M.

Will aber die freie Arznei für Familienangehörige nicht abgeschafft und nur der Beitrag für Inanspruchnahme des Arztes durch Familienangehörige erhoben werden, so wäre noch daran zu denken, daß den weiblichen Mitgliedern selbst und den Frauen der männlichen Versicherten in Geburtsfällen die Kosten der Hebamme auf die Kasse übernommen würden.

Die Zahl der Geburtsfälle hat im abgelaufenen Jahre betragen 1785, rechnet man hierzu noch die Frauen der Mitglieder mit schätzungsweise 2200, so ergeben sich rund 4000 Geburtsfälle. Die Kosten der Hebamme auf 10 M. angenommen, so entstünde eine Ausgabe von rund 40000 M.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse wäre daher imstande bei dem seitherigen Beitragssatz von 4½%, die in der Hauptsache nach den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung und zu einer wirksameren Unterstützung der Mitglieder sowohl als auch der Familienangehörigen notwendig gewordene Abänderung der Leistungen durchzuführen. Die Ortskrankenkasse der Handelsgewerbe, welche ihre Leistungen denjenigen der Allgemeinen Ortskrankenkasse anzupassen hat, wird in der Lage sein, bei einer mäßigen Erhöhung der Beiträge von 3½ auf 3¾% den neuen Bestimmungen gerecht zu werden, während die Ortskrankenkasse der Metzger zweifellos mit ihrem seitherigen Beitragssatz von 3% die neu vorgeschriebenen Leistungen, zu welchen bei ihr noch eine Erhöhung des Sterbegelds für Familienangehörige kommt, gewähren zu können in der Lage sein wird.

Die Generalversammlungen, welchen noch bestimmte Anträge der Kassenvorstände vorgelegt werden, haben nun darüber zu beschließen, ob und in wie weit sie in Erkrankungsfällen der Mitglieder und ihrer Familienangehörigen in Zukunft in möglichst ausgiebiger und den Anforderungen mehr entsprechender Weise unterstützend mithelfen wollen. Von dem sozialen Verständnis der gewählten Vertreter glauben wir erwarten zu dürfen, daß die von den Vorständen nach reiflicher Prüfung gestellt werdenden Anträge möglichst einmütig angenommen werden.

Digitized by Google

Sprechsaal.

Zur Befreiung der Dienstboten von der Versicherungspflicht nach §§ 418, 435 RVO.

Aus der praktischen Anwendung des § 418 werden sich ganz erhebliche Schwierigkeiten ergeben, obwohl eine ähnliche Bestimmung im Krankenversicherungsgesetz vorhanden ist. Wenn nun hiervon seit dem Bestehen des jetzigen Gesetzes von Privatpersonen so gut wie gar kein Gebrauch gemacht worden ist, so ändert sich die Situation mit dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung über die Krankenversicherungspflicht der Dienstboten und der landwirtschaftlichen Arbeiter vom 1. Januar 1914 ab. Von dem den Dienstherrschaften eingeräumten Recht, ihre Dienstboten von der Versicherungspflicht zu befreien, wird in Berlin wohl in ausreichendem Maße Gebrauch gemacht werden. Der größere Umfang der Befreiungsanträge dürfte sich schon daraus ergeben, daß der Abonnementsverein von Dienstherrschaften für kranke Dienstboten zu Berlin möglichst seinen Bestand an Mitgliedern und sonach sein Bestehen sichern möchte. Die Folge ist die Veranlassung von unzähligen Artikeln in den Zeitungen von Groß-Berlin über die angeblichen Vorzüge für den Fall der Mitgliedschaft bei diesem Verein. Aus diesem Grunde und dadurch, daß die Gegner des Abonnementsvereins eine Agitation in größerem Umfange betreiben, sind die Dienstherrschaften auf das ihnen wohl sonst weniger bekannt gewordene Befreiungsrecht hingewiesen worden. Die weitere Folge ist, daß die jetzige Allgemeine Ortskrankenkasse zu Berlin, welche zur Allgemeinen Ortskrankenkasse nach der Reichsversicherungsordnung ausgestaltet wird, schon jetzt mit Anträgen überschüttet wird. Abgesehen davon, daß solche Anträge verfrüht gestellt werden, beziehen sie sich auch oft auf Angestellte, welche nicht zu den Dienstboten zu rechnen sind, die aber bei demselben Dienstherrn, sei es als Hausdame, Erzieherin, Privatsekretär, Portier, Aufwärterin usw. beschäftigt werden.

Nach der Fassung des § 418 Ziffer 3 gehört zur Voraussetzung des Rechts der Befreiung, daß der Arbeitgeber u. a. „den Antrag für seine sämtlichen in der Landwirtschaft Beschäftigten stellt, soweit sie durch Vertrag zur regelmäßigen Arbeit für mindestens zwei Wochen verpflichtet sind". Diese Bestimmung bezieht sich lediglich auf die in der Landwirtschaft Beschäftigten. Durch § 435 RVO. wird festgelegt, daß die §§ 418, 419 ff. auch für die Versicherung der Dienstboten gelten. Nun entsteht die Frage, welche Auslegung kann der Bestimmung der Ziffer 3 zum § 418 gegeben werden. Mit dem Wortlaut dürfte insoweit nichts anzufangen sein, als bei den städtischen Dienstherrschaften, welche keine Landwirtschaft betreiben, also überhaupt nur Dienstboten beschäftigen, ohne einen „Betrieb" zu haben, die Betriebsart fehlt. Es fragt sich daher, ob es Voraussetzung ist, daß der Arbeitgeber der Dienstboten den Befreiungsantrag für seine sämtlichen in seinem Haushalt Beschäftigten stellen muß, d. h. auch für diejenigen, welche, wie oben angeführt, zu den Dienstboten nicht gehören. Eine derartige Absicht kann man wohl dem Gesetzgeber nicht unterstellen, da die praktische Anwendung eigenartige Wirkungen auslösen würde. Dem Antrage auf Befreiung seiner sämtlichen Beschäftigten würde nicht stattgegeben werden können, weil z. B. davon ein Versicherungspflichtiger nicht Dienstbote ist. In Konsequenz dieser Zurückweisung würde aber dann der Arbeitgeber verpflichtet sein, auch seine Dienstboten bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse oder Landkrankenkasse zu versichern. Die Krankenkasse wird daher in sinngemäßer Anwendung der Bestimmung dem Antrage gemäß § 418 Ziff. 3 RVO. schon dann stattgeben müssen, wenn dieser vom Arbeitgeber für seine sämtlichen Dienstboten gestellt wird.

Wie in so zahlreichen anderen Fällen wird sich auch mit dieser Bestimmung die Rechtsprechung beschäftigen müssen. Ob hierdurch übereinstimmende Entscheidungen werden herbeigeführt werden können, dürfte abzuwarten sein[1]).

Bureauvorsteher Nawra, Berlin.

Zur Vorbereitung der Invalidenversicherungssachen durch das Versicherungsamt.

Die Vorbereitung der Invalidenversicherungssachen erfolgt „durch das Versicherungsamt". Da weder die Reichsversicherungsordnung, noch die zu ihr ergangenen Verordnungen bestimmen, in welcher Weise das Versicherungsamt diese Ermittelungen vorzunehmen hat, ist bekanntlich alsbald Streit darüber entstanden, ob der Vorsitzende des Versicherungsamts — oder sein Stellvertreter — diese Vernehmungen und Ermittelungen selbst vornehmen muß oder ob er den Sachverhalt in anderer Weise aufklären lassen darf.

Nach § 1617 RVO. hat der Vorsitzende des Versicherungsamts nach freiem Ermessen zu ermitteln, was zur Klarstellung des Sachverhalts erforderlich ist, die Erhebungen sollen sich auf alle Fragen erstrecken, die für die Entschließung des Versicherungsträgers von Bedeutung sind, insbesondere auf die in § 1617 Abs. 2 aufgezählten Punkte. Nach § 1652 RVO. kann der Vorsitzende vor der mündlichen Verhandlung Beweis erheben, er kann nach eigenem Ermessen Zeugen und Sachverständige, auch eidlich, vernehmen. Bei dieser Fassung des Gesetzes ist davon auszugehen, daß das „freie Ermessen" des Vorsitzenden nicht nur Gegenstand und Umfang der anzustellenden Ermittelungen, sondern auch die Form der Erörterungen umfaßt. Ebenso wie der Vorsitzende durch ein Ersuchen der Versicherungsanstalt nicht verpflichtet werden kann, Beweis in bestimmter Richtung zu erheben, ist es ihm auch freigestellt, in welcher Weise er den von ihm für erforderlich erachteten Beweis erheben will; er kann dies im förmlichen Beweisverfahren tun, er darf sich aber auch die der Klarstellung des Sachverhalts dienenden Unterlagen auf jede andere Weise verschaffen. Die Ermittelungen erstrecken sich besonders häufig auf die Fragen, wann die

---

[1]) Anmerkung der Redaktion: Wir treten der vorstehenden Auffassung bei und meinen nur, daß ein Zweifel, wie ihn Herr Nawra voraussetzt, gar nicht aufkommen kann. Selbstverständlich verordnet § 435 nur die sinngemäße Anwendung des § 418. Es wäre aber sinnwidrig, anzunehmen, daß in Anwendung des § 418 Abs. 2 Ziff. 3 der Arbeitgeber gehalten sein sollte, um die Befreiung seiner Dienstboten zu erwirken, den Befreiungsantrag auch auf solche Personen zu erstrecken, hinsichtlich deren ein solcher Antrag gar nicht zulässig ist. Es soll nur ausgeschlossen sein, daß der Arbeitgeber unter seinen Dienstboten eine Auswahl trifft, daß er etwa die jungen und gesunden von der Versicherungspflicht befreit, die alten und kranken dagegen der Krankenkasse überläßt.

Digitized by Google

Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist, ob der dem Rentenansprecher gezahlte Lohn der wirklichen Arbeitsleistung entspricht, in welchem Umfange der Rentenansprecher außerhalb der Arbeitsstätte, etwa in der eigenen Häuslichkeit tätig war, ob ein abhängiges Lohnverhältnis vorgelegen hat In den weitaus meisten Fällen dieser Art wird es durchaus nicht erforderlich sein, daß der Vorsitzende Arbeitgeber, Mitarbeiter und Nachbarn des Rentenansprechers selbst und überdies noch in einem förmlichen Beweisverfahren vernimmt, eine Befragung durch hierin geschulte Polizeibeamte und eine Vernehmung durch vereidete Kanzleibeamte wird fast stets genügen. Nur in besonderen Fällen wird der Vorsitzende die Auskunftspersonen selbst befragen, und zwar, wenn er eine eidliche Vernehmung für erforderlich erachtet, auch im förmlichen Beweisverfahren, die Entschließung hängt aber von seinem Ermessen ab. Es ist nirgends bestimmt, daß Amtshandlungen, die „durch das Versicherungsamt" oder „vor dem Versicherungsamte" auszuführen sind, von dem Vorsitzenden vorzunehmen sind; lediglich § 65 der Kaiserlichen Verordnung vom 24. Dezember 1911 bestimmt, daß der entlassene Angestellte vor dem Vorsitzenden des Versicherungsamts zur Vernehmung vorzuladen ist.

Für die hier dargelegte Auffassung sprechen auch gewichtige praktische Gründe. Müßte der Vorsitzende die zahlreichen Vernehmungen gedachter Art selbst vornehmen, würden die ihm sonst übertragenen umfangreichen Dienstgeschäfte gefährdet und seine Arbeitskraft würde überdies von Geschäften in Anspruch genommen werden, die in den meisten Fällen seiner Mitwirkung gar nicht bedürfen. Die förmliche Vernehmung der Auskunftspersonen muß ferner an Amtsstelle erfolgen, dies würde nicht nur große Kosten verursachen, es bedeutete auch für die Auskunftspersonen einen erheblichen Zeitaufwand, die Arbeitgeber insbesondere würden dies mit Recht als eine unnötige Belästigung empfinden.

Zur Begründung der gegenteiligen Auffassung wird vielfach — so Hanow — auf die Revisionsentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 7. Dezember 1909 — vgl. Amtl. Nachr. 1910, S. 428, Nr. 1443 — verwiesen, aber zu Unrecht. Denn diese Entscheidung betrifft das schiedsgerichtliche Verfahren, das sich naturgemäß in viel festeren Bahnen als das Verfahren nach §§ 1617 ff. RVO. abspielen muß, die Vernehmungen in diesem Verfahren sind gar keine „Beweisaufnahmen". Von anderer Seite — vgl. Seelmann, Leitfaden, 2. Aufl., S. 17 — wird die Auffassung vertreten, bei der Vorbereitung der Rentenanträge genüge bei Anerkennung des Anspruchs eine vorläufige Befragung von Auskunftspersonen, in allen Fällen aber, in denen der Anspruch abgelehnt werde, könne diese vorläufige Befragung keine genügende Grundlage für das Gutachten des Versicherungsamts und die Entscheidung der Versicherungsanstalt bilden. Diese Unterscheidung erscheint willkürlich, ganz abgesehen davon, daß in Fällen, in denen das Versicherungsamt den Anspruch für begründet erachtet, die Versicherungsanstalt dem Gutachten aber nicht beitritt, die Vernehmungen im formellen Beweisverfahren wiederholt werden müßten.

Es ist dringend erforderlich, daß diese Streitfrage baldigst grundsätzlich entschieden wird, einmal um eine Einheitlichkeit im Verfahren herzustellen und um zu vermeiden, daß jetzt anhängige Rentenverfahren an wesentlichen Mängeln leiden und wiederholt werden müßten, dann aber auch, damit die Versicherungsämter einen Ueberblick darüber gewinnen können, ob eine Vermehrung ihrer Beamten erforderlich wird. Wird entschieden, daß der Vorsitzende des Versicherungsamts die Vernehmung gedachter Art selbst vornehmen muß, dürfte es sich bei größeren Versicherungsämtern empfehlen, neben den juristisch vorgebildeten Stellvertretern geeignete Kanzleibeamte für diesen Kreis von Geschäften als Stellvertreter des Vorsitzenden zu bestellen.

Ratsassessor Grieshammer in Chemnitz.

Bedeutung der Uebertragung der Rechte der Staatsbeamten an die Beamten der Versicherungsanstalten.

In Bayern ist auf Grund des § 98 IVG durch Verordnung vom 21. Dezember 1908 und neuerdings im Vollzuge der Reichsversicherungsordnung (§ 1348) durch Verordnung vom 29. Dezember 1911 (§§ 8, 9) bestimmt, daß auf die bei den Versicherungsanstalten beschäftigten Bureau-, Kanzlei- und Unterbeamten mit gewissen Einschränkungen das Beamtengesetz vom 16. August 1908 entsprechend anzuwenden ist, so jedoch, daß hierbei an Stelle des Staates die Versicherungsanstalt tritt; die weiteren Anordnungen erläßt das Staatsministerium des Innern, das auch Abweichungen in Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse der Versicherungsanstalten eintreten lassen kann. Solche näheren Anordnungen sind laut Bekanntmachung vom 31. Dezember 1911 erlassen worden.

Beamte einer der bayr. Versicherungsanstalten gehen davon aus, daß ihnen gemäß § 1348 RVO. die vollen Rechte der Staatsbeamten zu übertragen und daß sie in diesem Anspruch in gewissen (weiterhin zu erwähnenden) Punkten verkürzt seien. Wir sind um eine Aeußerung hierüber ersucht worden und teilen sie in folgendem mit:

Nach § 98 IVG. waren den Anstaltsbeamten die Rechte und Pflichten „von" Staats- oder Kommunalbeamten zu übertragen, während die entsprechende Vorschrift des § 1348 RVO. von den Rechten und Pflichten „der" staatlichen oder gemeindlichen Beamten spricht. Der Wortlaut der älteren Vorschrift hatte die Auslegung erfahren, daß nur die Rechte und Pflichten zu übertragen seien, welche die Beamteneigenschaft im allgemeinen kennzeichnen, nicht aber die mit einem besonderen Amte verbundenen Ansprüche auf bestimmte Bezüge an Gehalt und Nebenleistungen. Es ist richtig, daß nach der Begründung zu § 1334 des Entwurfs (S. 416) diese redaktionelle Aenderung auf eine Gleichstellung „in vollem Umfang, auch hinsichtlich der Höhe des Gehalts, der Pension, der Hinterbliebenenversorgung usw." abzielt; es soll verhindert werden, „daß eine Verschiedenheit in der Stellung der Beamten der Versicherungsanstalten gegenüber den in gleichartigen Verhältnissen arbeitenden Beamten des Staates oder der Gemeindeverbände eintritt". Hiermit ist jetzt im wesentlichen das anerkannt, was Rosin (Recht der Arbeiterversicherung II S. 317—319), abweichend von der oben erwähnten Auslegung des § 98 IVG., schon als den Sinn des früheren Gesetzes angesehen hatte. Weiter noch war schon unter dem früheren Rechte das Reichsgericht gegangen, indem es in einer Entscheidung vom 10. Juli 1908 (Zivils. 69 S. 185) ausgeführt hatte, daß die Beamten der Landesversicherungsanstalten als „mittelbare Staatsbeamte" anzusehen seien, da die Stellung eines Beamten sich „im wesentlichen" in seinen Rechten und Pflichten erschöpfe (vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf. S. 498 Anm. 4 zu § 359 RVO.; dagegen Hanow-Lehmann Anm. 6 zu § 1348). Geht man selbst hiervon aus, so ist doch zu beachten, daß jene Beamten eben nur als „mittelbare" Staatsbeamte, d. h. als solche anzusehen sind, die nicht im Dienste des Staates selbst stehen, sondern im Dienst einer Korporation, die eine besondere Rechtspersönlichkeit darstellt und nur vermöge ihrer öffentlich-rechtlichen Aufgaben in

Digitized by Google

ein besonderes Pflichtverhältnis zum Staate gerückt ist (Rosin II S. 278; vgl. auch zum entsprechenden § 359 Abs. 4 den preuß. Min.Erl. vom 16. August 1913, Arb.-Versorgg. 1913 S. 677). Daraus ergeben sich von selbst gewisse Abweichungen vom Staatsbeamtenrechte. Zunächst schon, insofern das Dienstverhältnis nicht gegenüber dem Staate, sondern gegenüber der Versicherungsanstalt besteht; darüber hinaus aber, insofern in mancher Hinsicht eine weitere Anpassung an die besonderen Verhältnisse der Versicherungsanstalten geboten oder sachgemäß sein wird. Hierin liegt insbesondere auch die Rechtfertigung der §§ 8, 9 der bayr. Verordnung vom 29. Dezember 1911. Daß die Landesregierung zu näherer Bestimmung ermächtigt ist, war im § 98 JVG. ausdrücklich hervorgehoben und folgt auch für § 1318 RVO. aus der Sache selbst, denn das Gesetz fordert doch nur, daß die „Rechte und Pflichten" der Beamten übertragen werden. Hierin aber erschöpft sich nach der erwähnten Entscheidung des Reichsgerichts „im wesentlichen" die Stellung des Beamten. Einzelheiten also, welche nicht *wesentliche* Merkmale der Beamteneigenschaft und nicht *Rechte* der Beamten als solcher, sondern mehr die allgemeine Ordnung betreffen, darf die Landesregierung sehr wohl anders als für eigentliche Staatsbeamte regeln.

Von dieser grundsätzlichen Auffassung aus halten wir sämtliche Beschwerden, mögen auch einzelne unter Gesichtspunkten der Billigkeit und Zweckmäßigkeit beachtenswert erscheinen, rechtlich für nicht begründet. — Im einzelnen:

a) Die *Form der Ernennung* berührt die materiellen Rechte der Beamten überhaupt nicht. Ueberdies ist der Anspruch, daß die Ernennung durch den König oder durch eine vom König ermächtigte Behörde erfolgen solle, schon deshalb verfehlt, weil im Gegenteil die Selbständigkeit der Versicherungsanstalten bei der Auswahl der Beamten ein Ernennungs- oder auch nur Bestätigungsrecht der Behörden geradezu ausschließt (vgl. Rosin II S. 319). *Amtsbezeichnung, Titel* usw. sind für die Stellung der Beamten im Sinne von „Rechten und Pflichten" nicht wesentlich; ein Anspruch auf Gleichstellung mit den eigentlichen Staatsbeamten ist daher auch insoweit nicht anzuerkennen.

b) Der *Dienstrang* kann sich, da die Beamten nicht im Dienste des Staates, sondern der Anstalt stehen, nur „innerhalb der einzelnen Versicherungsanstalt" (§ 5 der Bekanntmachung vom 31. Dezember 1911) — nicht innerhalb aller Versicherungsanstalten und noch weniger innerhalb des Staates — nach der Einreihung in die Gehaltsordnung bestimmen.

c) Die *Einführung von Funktionszeichen* ist eine Frage der Zweckmäßigkeit und der Ordnung. Ein „Recht" auf solche Zeichen steht keinem Beamten zu.

d) Wenn unter „*Freizügigkeit*" der Anspruch der Beamten verstanden werden soll, beim Uebergang in eine andere Beamtenstellung — bei einer anderen Versicherungsanstalt oder im Staatsdienst — keine Einbuße an Bezügen oder sonstigen Rechten zu erleiden, so ist der Anspruch aus dem Grunde zu b ungerechtfertigt. Der Beamte kann wider seinen Willen in ein solches Amt außerhalb der Anstalt, in deren Dienst er bislang steht, nicht versetzt werden; übernimmt er aber freiwillig ein solches Amt, so ist es seine Sache, seine Interessen zu wahren oder die mit der Veränderung verbundenen Nachteile hinzunehmen.

e) In *disziplinarrechtlicher* Hinsicht halten wir es allerdings für einen billigen Wunsch der Beamten, da sie den staatlichen Disziplinargerichten unterworfen sind, bei diesen auch als Beisitzer zugezogen werden zu können. Allein wenn für die Staatsbeamten eine solche Teilnahme an der Gerichtsbarkeit vorgesehen ist, so kann man hierin doch nicht ein „Recht" der einzelnen Beamten finden, auf dessen Uebertragung nun auch die Anstaltsbeamten Anspruch hätten.

f) Wenn die Schaffung einer *Reliktenversorgungskasse* für „Staatsbeamte", d. h. für die im Dienste des Staates selbst stehenden Beamten geplant ist, so haben Beamte, die im Dienst einer Korporation stehen und nur als „mittelbare" Staatsbeamte anzusehen sind, keinen Anspruch auf Einbeziehung in jene Kasse.

Literarisches.

Kommentar zum Versicherungsgesetz für Angestellte mit Rententabellen. Von Dr. Heinz Potthoff. 3. Aufl. 1912. Preis: 4,80 M., geb. 5,40 M. Dazu ein Beilagenheft: *Ausführungsbestimmungen* des Reiches und der Einzelstaaten. (Verlag von J. Heß, Stuttgart.)

Als bewährter Kenner dieses Rechtsstoffes und als Mitglied der Reichstagskommission war der Verfasser besonders berufen zur Bearbeitung eines Handbuchs, das den schwierigen Stoff dem Verständnis der Beteiligten näher bringt. Bei aller Kürze sind die Anmerkungen überall klar und lehrreich. Das Anlagenheft ist nur ein Anfang. Er bringt die bisher erschienenen Ausführungsbestimmungen. Aber gerade dieser Stoff ist unerschöpflich und jeder Tag beinahe zeugt Neues auf diesem Gebiete. Deshalb ist es sehr verdienstlich, daß — wie das Vorwort ankündigt — ein *Jahrbuch* herausgegeben werden soll, welches eine lückenlose Sammlung aller Ausführungsvorschriften zur Angestelltenversicherung bringen, auch nach Bedarf und Gelegenheit auf die Reichsversicherungsordnung übergreifen und auch Abhandlungen und Literaturberichte bringen wird.

Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart. Von Dr. med. Alfons *Fischer* (Berlin 1913 bei Julius Springer). Preis: 1 M.

Es handelt sich um ein in den Jahren 1777 bis 1807 in fünf Teilen herausgekommenes, dem Franz Anton *Mai* zugeschriebenes Buch „Stolpertus, ein junger Arzt, am Krankenbett", das in 16 „Gesetzen" nebst ihrer Begründung wichtige sozialhygienische Probleme behandelt und für uns mehr bedeutet, als ein bloßes interessantes Kuriosum. Wichtige Fragen, die uns heute bewegen, findet man schon in diesem Buche verständnisvoll erörtert. *Fischer* berichtet darüber in fesselnder Weise und zieht Vergleiche und Folgerungen für unsere Zeit. Er führt aus, daß die im Gesetzentwurf bekundeten Grundsätze in mancher Hinsicht nicht nur unsere sozialhygienische Gesetzgebung, sondern auch die meisten Lehrbücher unserer offiziellen Hygienelehrer in den Schatten stellen; und er schließt mit der Voraussage, daß, wenn wir erst ein den modernen Anschauungen entsprechendes Reichshygienegesetz schaffen werden, dieses wieder an den Entwurf von *Mai* anknüpfen wird.

Digitized by Google

Die Arztfrage in der Reichsversicherungsordnung. Zwei Vorträge von Sanitätsrat Dr. Mugdan und von Justizrat Wandel. Verlag von J. C. B. Mohr (Paul Siebeck) in Tübingen. Sonderdrucke der Vorträge, welche die Verfasser im zweiten Fortbildungskursus für Kommunal- und Sozialbeamte in Köln gehalten haben. (Als Sonderdruck nicht käuflich; sämtliche Vorträge erscheinen zusammen in einem Bande). Vom Standpunkte der Aerzte hat Mugdan die gleiche Frage behandelt, die Wandel hier wesentlich vom Kassenstandpunkte erörtert. Dem Bestreben nach Objektivität haben hiernach die Veranstalter der Vorträge durchaus genügt. Uebrigens ist auch beiden Verfassern nachzurühmen, daß sie bei aller Nachdrücklichkeit, mit der jeder von ihnen für ein besonderes Interesse eintritt, sich einer ruhigen und sachlichen Darstellung befleißigt haben. Hält man beide Arbeiten zusammen, so gewinnt man ein klares und vollständiges Bild vom Für und Wider in diesen ebenso wichtigen wie verwickelten Fragen, bei deren Behandlung andere Autoren leider allzu gern in ein Uebermaß von Eifer verfallen, welches ihre Darstellung trübt und ihrer Sache nur schadet.

Die rechtliche Stellung der Ärzte, Apotheken, Kranken- und Heilanstalten nach der Reichsversicherungsordnung. Von Rechtsanwalt Dr. W. de Martincourt. Berlin 1913 bei Puttkammer Mühlbrecht. Preis: 2,40 M.

Eine zeitgemäße zusammenfassende Darstellung des die Gemüter seit langem bewegenden Gegenstandes. Zunächst wird das bisherige Recht behandelt und ein Ueberblick über die unter seine Herrschaft entstandenen Gegensätze gegeben. Daran schließt sich die Darstellung der Versuche, diese Gegensätze im Wege der Gesetzgebung (Entwürfe zur Reichsversicherungsordnung) zu schlichten, um weiterhin die Erörterung der schließlich in der Reichsversicherungsordnung zustande gekommenen Regelung. Den Schluß macht ein Blick auf das schweizerische Gesetz vom 13. Juni 1911 und die Erwägung, ob eine Regelung nach diesem Vorbilde, angesichts der nur provisorischen Natur der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über diese Frage, befürwortet werden können. Freie Arztwahl mit gewissen Beschränkungen und Kautelen ist das nicht eben erschreckend neue Rezept, das der Verfasser vorschreibt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Auf eine ungebührliche Zumutung.

1. Nach Tr. Antwort: Sie richten Ihre Anfrage an die „Arbeiter-Versorgung in Wilmersdorf“ (!) in solcher Form, daß Sie offenbar von dem Vordruck, den jede unserer Nummern über der „Beantwortung von Anfragen“ enthält, keine Kenntnis haben. Wir müssen deshalb bitten, sich zunächst als Leser (Abonnent) unserer Zeitschrift auszuweisen. Dann werden wir Ihre Frage im Auskunftsteil der Zeitschrift beantworten. Die Zumutung, Ihnen für das in Briefmarken beigefügte „Honorar“ von 50 Pf. „umgehend“ schriftlichen Bescheid zu erteilen, weil schon „am 25. d. M. wieder Termin ist“, weisen wir als ungebührlich zurück.

Wiedererwerb der Kassenmitgliedschaft durch einen Chronisch Kranken.

2. O. K. Sch. Antwort: Wenn der Arbeiter eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausübt, so gehört er, mag er auch ein chronisches Lungenleiden haben, Ihrer Kasse an, und die Meldung darf dann nicht zurückgewiesen werden. Anders jedoch, wenn er freiwilliges Mitglied werden will. Dann kann die Kasse die Aufnahme ablehnen, wenn die ärztliche Untersuchung eine bereits bestehende Krankheit ergibt (§ 19 Abs. 3 Satz 3 KVG.). Eine andere Frage ist, ob er, wenn er Mitglied geworden ist, wegen des Lungenleidens wieder Unterstützung zu beanspruchen hat. Hat das Leiden, nachdem er früher von der Kasse die satzungsgemäße Unterstützung für 26 Wochen erhalten hatte, dauernd ärztliche Behandlung notwendig gemacht oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge gehabt, so hätte derselbe Unterstützungsfall fortgedauert, und es könnte wegen dieses Leidens keine Unterstützung beansprucht werden. War jedoch in der Zwischenzeit weder ununterbrochen ärztliche Behandlung erforderlich, noch bestand dauernd Arbeitsunfähigkeit, so müßte die Kasse, wenn der Arbeiter wieder Mitglied geworden ist, auch Unterstützung gewähren; diese wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß es sich um ein chronisches Leiden handelt.

Rechtshilfe des Versicherungsamts auf Ersuchen des Oberversicherungsamts.

3. Nach M. L. Fragen: a) In Berufungssachen gegen den Endbescheid einer Berufsgenossenschaft ist es wiederholt vorgekommen, daß das Oberversicherungsamt ein Versicherungsamt um eidliche Vernehmung von Zeugen ersuchte. In einem Falle wurde das Ersuchen des, am Sitze des Versicherungsamts befindlichen Oberversicherungsamts mit der Anfrage zurückgegeben, auf Grund welcher Bestimmung die Zuständigkeit des Versicherungsamtes beruhe. Hierauf hat das Versicherungsamt nichts mehr gehört. Das letzte Ersuchen ging vom Oberversicherungsamt eines anderen Bezirkes aus. Ihm wurde die Sache mit einer gleichen Anfrage zurückgegeben. Es gab darauf die Sache unter Bezugnahme auf §§ 1679, 1571 RVO. zurück. Da dieser Hinweis unklar erscheint, wurde dem Oberversicherungsamt mitgeteilt, daß auf Grund der angeführten Paragraphen die Berechtigung zur verlangten Zeugenvernehmung durch das Versicherungsamt nicht gegeben sei. Falls eidliche Vernehmung der Zeugen gewünscht werde, wurde anheimgestellt, sich an das Kaiserliche Amtsgericht oder Oberversicherungsamt hier zu wenden. Ist das Versicherungsamt im Laufe des bereits beim Oberversicherungsamt schwebenden Ver-

Digitized by Google

fahrens auf ersuchen verpflichtet, Vernehmung, auch eidliche Vernehmung von Zeugen vorzunehmen?

b) Das Oberversicherungsamt übersendet häufig dem an demselben Orte befindlichen Versicherungsamt Aeußerungen von Versicherungsträgern oder ärztliche Gutachten in Einspruchs- oder Berufungssachen mit dem Ersuchen, dem Berechtigten von dem wesentlichen Inhalt der Feststellungen Kenntnis zu geben und ihn zu fragen, ob er den Einspruch oder die Berufung zurückzieht. Sind derartige Ersuchen des Oberversicherungsamts berechtigt?

Antwort: a) Aus § 1679 mit §§ 1652, 1665 RVO. ergibt sich, daß das Oberversicherungsamt im Berufungsverfahren Zeugen eidlich vernehmen kann. Ein Fall der Rechtshilfe liegt daher sicher dann nicht vor, wenn das Oberversicherungsamt seinen Sitz an demselben Orte hat, wie das Versicherungsamt, so daß es dem Zeugen gleich nahe ist und also einer Hilfe nicht bedarf. Wohnen aber die Zeugen im Bezirk eines Versicherungsamts, das seinen Sitz nicht am Sitze des Oberversicherungsamts hat, so kann die Vernehmung durch jenes Versicherungsamt (nach Umständen) eine so erhebliche Vereinfachung des Verfahrens bedeuten, daß man wohl sagen kann, es liege im Sinne des Gesetzes, wenn das Oberversicherungsamt die Rechtshilfe einer den Zeugen näheren Stelle in Anspruch nimmt. Als solche Stelle kann nur das örtlich zuständige Amtsgericht oder Versicherungsamt, nicht auch das Oberversicherungsamt in Betracht kommen. Das halten wir nach der ganzen Ordnung der Behörden für selbstverständlich (zu vgl. auch § 1571 Abs. 2). Ergeht das Ersuchen an das Versicherungsamt, so kann dieses das Oberversicherungsamt auch nicht an das Amtsgericht verweisen.

b) Die zweite Frage ist zu verneinen, weil das Oberversicherungsamt die erforderliche Handlung ohne alle Weiterungen selbst vornehmen kann.

Zahlung der Krankenkassenbeiträge für Lehrlinge, die keinen Entgelt beziehen.

4. Nach Kassel. Antwort: Erhält der Lehrling keinerlei Entgelt, so kann nicht etwa die oberste Verwaltungsbehörde eine Bestimmung treffen, wie er seinen Beitragsanteil für die Krankenversicherung dem Lehrherrn zu erstatten habe. § 394 Abs. 2 RVO. ist nur da anwendbar, wo der Versicherte den Entgelt in Form von Sachbezügen oder von Dritten bekommt. Daher muß der Lehrherr an sich den ganzen Beitrag auf sich nehmen, und eine Vereinbarung, daß der Lehrling seinen Anteil zahlen müßte, wäre ungültig und für den Lehrherrn sogar strafbar (§§ 139, 140). Wohl aber ist es zulässig, daß eine dritte Person, z. B. der Vater des Lehrlings, sich verpflichtet, den Anteil dem Lehrherrn zu erstatten (vgl. Hoffmann, Krankenversicherung Anm. 6 Abs. 2 zu § 394). Denn § 139 Abs. 1 Satz 2 verbietet nur, zum Nachteil des Versicherten die Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung auszuschließen.

a) Mitgliedschaft einer eingeschriebenen Hilfs- oder Ersatzkasse und Pflichtversicherung. b) Ersatzpflicht des Arbeitgebers wegen Unterlassens der Anmeldung in der Uebergangszeit.

5. Nach Zeven. Antwort: Nach § 75 KVG. bewirkt die Zugehörigkeit zu einer eingeschriebenen Hilfskasse die Befreiung von der Verpflichtung, der Zwangsversicherung anzugehören. Daher braucht der Arbeitgeber die Mitglieder einer eingeschriebenen Hilfskasse nicht anzumelden. Ob sein Arbeitnehmer ihr Mitglied ist, davon muß er sich überzeugen. Anders nach der Reichsversicherungsordnung. Nach § 517 RVO. bleibt an sich die Mitgliedschaft desjenigen bei der Zwangskasse, der einer Ersatzkasse angehört, bestehen, er kann nur beantragen, daß bei jener seine Rechte und Pflichten ruhen, der Arbeitgeber muß trotzdem sein Beitragsdrittel an die Zwangskasse entrichten (§ 517 Abs. 2) und bei dieser den Arbeitnehmer anmelden.

b) Maßgebend für das Recht, nach welchem ein Arbeitgeber wegen Verletzung seiner Meldepflicht der Kasse zum Ersatze verpflichtet ist, ist der Zeitpunkt, in welchem der Unterstützungsfall eingetreten ist. Da die Unterstützung im Jahre 1912 geleistet wurde, so muß der Arbeitgeber nach § 50 KVG. der Kasse alle Aufwendungen erstatten. Der einmal erworbene Ersatzanspruch der Kasse wird durch das abweichende Recht der Reichsversicherungsordnung, die die Ersatzpflicht nicht mehr an die Verletzung der Meldepflicht knüpft, nicht aufgehoben.

Vereinbarungen eines Ersatzkassenmitgliedes mit dem Arbeitgeber über das Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse.

6. Nach Köln. Antwort: Eine Vereinbarung eines Arbeitgebers mit seinem einer Ersatzkasse angehörenden Arbeitnehmer, daß dieser nicht das Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse beantragen dürfe, ist nach § 139 RVO. nichtig; denn es würde sich um eine Uebereinkunft handeln, die die Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zum Nachteil des Versicherten ausschließt. Der Arbeitgeber könnte auch nach § 140 RVO. bestraft werden.

Für die Krankenversicherungspflicht der Hausgewerbetreibenden ist ein bestimmtes Mindesteinkommen nicht Voraussetzung.

7. A. M. Antwort: Daß die Hausgewerbetreibenden einen Mindestverdienst oder ein Mindesteinkommen erzielen müßten, um krankenversicherungspflichtig zu sein, ist in der Reichsversicherungsordnung nicht gesagt. Aber man muß annehmen, daß ihre Bezüge aus dem Hausgewerbe ebenso, wie das Entgelt der unselbständigen Beschäftigten, nicht so geringfügig sein darf, daß es wirtschaftlich kaum in Frage kommt und ganz außer Verhältnis zu den Lasten der Versicherung steht. Der Bad. Verwaltungsgerichtshof hat z. B. eine Vergütung von 3 M. wöchentlich für hinreichend erklärt. In einem andern Falle genügte sogar 1,50 M. in der Woche (vgl. Hahn, Krankenversf. Anm. 24a zu § 165 RVO.). Ziff. 30 und 51 VIIIb der Anleitung des Reichsversicherungsamts betrifft die Invalidenversicherung. Ehefrauen sind nicht deswegen versicherungsfrei, weil sie die hausgewerbliche Tätigkeit neben ihrer häuslichen Arbeit verrichten.

Halbtagsmädchen sind bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen anzumelden.

8. Nach Rotthausen. Antwort: Halbtagsmädchen, Putzfrauen und Beschäftigte ähnlicher Art, die zwar Arbeiten verrichten, wie sie auch den Dienstmädchen obliegen, die aber nicht in die häusliche Gemeinschaft aufgenommen sind, gehören nicht zu den Dienstboten (vgl. Arb.-Versorgg. S. 720 Nr. 6). Sie müssen daher bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse, nicht bei der Landkrankenkasse angemeldet werden.

Kosten für die Beförderung eines Kassenmitgliedes in die Irrenanstalt.

9. Nach Bernau. Antwort: Die Krankenkasse braucht nach § 57 KVG. dem Armenverband Ersatz nicht über das Maß hinauszuleisten, in welchem das Mitglied selbst Ansprüche an sie hätte stellen können. Verlangt jener über das Anderthalbfache des Krankengeldes hinaus Ersatz, weil er darüber hinaus noch Aufwendungen für den Transport in das Krankenhaus habe machen müssen,

Digitized by Google

so ist diese Forderung nur dann berechtigt, wenn das Mitglied an die Kasse Anspruch auf Krankenhauspflege hatte, sei es, daß sie laut Satzung beansprucht werden kann, sei es, daß sie von der Kasse ausdrücklich angeordnet war oder sei es, daß sie nach der Sachlage unbedingt geboten war. Das letztere trifft stets für die Ueberführung von Geisteskranken in die Irrenanstalt zu, wenn sie wegen ihres Zustandes dauernder Wartung und Aufsicht bedürfen. Daher dürfte im vorliegenden Fall der Anspruch des Armenverbandes begründet sein.

Ausübung des Wahlrechts zwischen zwei Kassen nach Art. 29 Einf.Ges. z. RVO.

10. Nach Varel. Antwort: Die an sich landkassenpflichtigen Mitglieder der ausgestalteten Ortskrankenkasse können nach Art. 29 Abs. 1 Ziff. 1 Einf.Ges. z. RVO. Mitglieder dieser Kasse bleiben. Das setzt selbstverständlich eine Erklärung, daß sie von diesem Rechte Gebrauch machen wollen, voraus, und zwar muß die Erklärung sowohl dem Kassenvorstande als auch dem Arbeitgeber gegenüber abgegeben werden (Hoffmann Anm. 4a zu Art. 29); aber weder der Kasse noch dem Arbeitgeber steht ein Recht des Widerspruchs zu. Fraglich kann nur sein, bis wann der Versicherte sein Wahlrecht ausüben muß. Das Gesetz bestimmt nicht direkt eine Frist. Aber da als Regel die Versicherung bei der Landkrankenkasse gilt und der Arbeitgeber daher bei dieser den Versicherten anmelden muß, wenn der Versicherte sich nicht für die Ortskassenmitgliedschaft entschließt, so ergibt sich von selbst, daß der Versicherte sein Wahlrecht nur innerhalb der in der Satzung der Landkrankenkasse vorgesehenen Anmeldefrist ausüben kann.

Versicherung eines Kassenmitgliedes in einer zu hohen Lohnklasse.

11. Nach Jena. Frage: Ein Gehilfe wird bei 18 M. Wochenlohn unter Annahme von sechs Arbeitstagen in die Dreimarkklasse eingereiht. Nach der Anmeldung trägt der Arbeitgeber auf Entscheidung der Aufsichtsbehörde zur Feststellung der tatsächlichen Beitragsklasse an mit dem Einwand, daß der Gehilfe — Barbier — auch Sonntagsarbeit zu leisten habe und daher sieben Arbeitstage zugrunde zu legen seien. Der Arbeitgeber erlangt Recht und fordert nun vom Beginn der Mitgliedschaft des Gehilfen an den Differenzbetrag zwischen beiden Klassen zurück. Wir neigen zu der Ansicht, daß die Forderung unberechtigt ist, da doch das Mitglied in der Zeit bis zum Erlaß der Entscheidung nach der höheren Klasse versichert und die Kasse auch mit dem Risiko einer höheren Krankengeldunterstützungspflicht belastet war. Wir halten vielmehr dafür, daß der niedrigere Beitragssatz erst vom Tage der Entscheidung an in Wirksamkeit tritt. — Wie ist die Rechtslage?

Antwort: Da der Barbiergehilfe auch Sonntags arbeiten muß, so sind in der Tat der Berechnung der Beiträge sieben Wochentage zugrunde zu legen, und wenn infolge der unzutreffenden Berechnung nach sechs Arbeitstagen zuviel Beiträge entrichtet worden sind, so muß die Kasse den überschießenden Betrag erstatten. Sie wäre im Krankheitsfalle auch keineswegs verpflichtet gewesen, das höhere Krankengeld zu gewähren; hätte sie das aber dennoch irrtümlich getan, so würde sie gleichfalls den Mehrbetrag haben zurückfordern können. Die Entscheidung schafft kein neues Recht, sondern stellt nur das bestehende fest, hat also nicht konstitutive, sondern deklarative Wirkung.

a) Abschluß von Verträgen mit Kassenangestellten durch das Versicherungsamt. b) Bestimmungen des Bundesrats über Rechnungsführung.

12. Nach Freienwalde a. O. Antwort: a) Solange bei einer neu errichteten allgemeinen Ortskrankenkasse der Vorstand noch nicht gewählt ist, kann statt seiner das Versicherungsamt auch Verträge mit Angestellten abschließen, die jedoch der demnächst gewählte Vorstand mit Dreimonatsfrist zum 1. Oktober 1914, falls der Vertrag nicht einen früheren Kündigungstermin vorsieht, kündigen kann (Bekanntmachung von 11. Juli 1913 zu II. Arb.-Versorgg. S. 538). Daß noch keine Dienstordnung erlassen ist, steht dem Abschluß des Anstellungsvertrages durch das Versicherungsamt nicht entgegen.

b) Ueber das Erscheinen von Musterdienstordnungen ist noch nichts bekannt. Die Bestimmungen des Bundesrats über Art und Form der Rechnungsführung der Krankenkassen sind unterm 9. Oktober 1913 im Zentralblatt für das Deutsche Reich, Nr. 50 vom 14. Oktober 1913, erlassen (Karl Heymanns Verlag, Berlin, Mauerstraße). Wir müssen uns einstweilen begnügen, darauf zu verweisen.

Auslagenerstattung nach § 59 Abs. 2 RVO. wenn an der Spruchsache mehrere Versicherungsträger beteiligt sind.

13. O. K. Berlin. Frage: In einer Streitsache der Krankenkasse gegen die Landesversicherungsanstalt, aus welcher die Kasse als obsiegender Teil hervorgegangen ist, vertritt das Versicherungsamt bezüglich der Kostenerstattung den Standpunkt, das als erstattungspflichtiger Versicherungsträger im Sinne des § 59 Abs. 2 RVO. immer der Träger derjenigen Versicherung in Betracht kommt, aus der der Anspruch auf Ersatz gemäß den Vorschriften des 5. Buches der Reichsversicherungsordnung hergeleitet wird. Der Charakter der Gegenpartei (ob Arbeitgeber, Armenverband oder Träger einer Versicherung) sowie der Ausgang des Streites seien belanglos. Mit dem sonst geltenden Grundsatz, daß immer die unterliegende Partei die Kosten zu tragen habe, sei durch § 59 gebrochen. Danach wäre auch in den Spruchsachen nach §§ 1636 ff. RVO. die Kasse als Versicherungsträger selbst dann erstattungspflichtig, wenn der Versicherte mit seinem Anspruch auf Krankenhilfe od. dgl. abgewiesen werden sollte. Ist das richtig?

Antwort: Sicher ist nach Wortlaut und Absicht des § 59 Abs. 2 RVO. die dort vorgesehene Kostenerstattungspflicht der Versicherungsträger in Spruchsachen unabhängig vom Unterliegen des Versicherungsträgers; aber ebenso sicher ist der vom Versicherungsamt vertretene Standpunkt weder aus dem Wortlaut noch aus der Absicht des Gesetzes zu rechtfertigen. Die Absicht ist, entsprechend der Fassung des Gesetzes, die, daß die an den einzelnen Spruchsachen beteiligten Versicherungsträger für die Barauslagen aufkommen sollen, ohne Rücksicht auf ihre Parteirolle und auf den Erfolg ihrer Rechtsverfolgung oder Rechtsverteidigung. Daher ist anzunehmen, daß, wenn an einer Spruchsache mehrere Versicherungsträger als Parteien beteiligt sind, sie für die Auslagen als Gesamtschuldner haften (§ 421 BGB.) und daß derjenige, der Zahlung geleistet hat, von dem anderen anteiligen Ersatz verlangen kann (§ 426 BGB.).

Wer infolge der Rechtsänderung versicherungsfrei wird, kann sich nicht nach § 313 RVO. weiterversichern.

14. Nach München. Antwort: Das Recht der Weiterversicherung steht unter den Voraussetzungen des § 313 RVO. demjenigen zu, der „aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung" ausscheidet. Man nimmt

Digitized by Google

an, daß dies auch zutrifft, wenn der bisher Versicherungspflichtige infolge Ueberschreitens der Versicherungsgrenze (§ 165 Abs. 2 RVO.) aufhört versicherungspflichtig zu sein (vgl. Entsch. des Preuß. OVG. in Arb.-Versorgg. 1908 S. 421). Das läßt sich halten, weil es sich hierbei doch immerhin um eine Aenderung des Beschäftigungsverhältnisses handelt, kraft deren ein Uebergang von einem versicherungspflichtigen in ein versicherungsfreies Verhältnis stattfindet. Wenn aber das Aufhören der Versicherungspflicht sich ohne Aenderung des Beschäftigungsverhältnisses lediglich dadurch vollzieht, daß eine Gruppe von Personen infolge der am 1. Januar 1914 in Kraft tretenden Rechtsänderung versicherungsfrei wird (§ 169), so kann man, ohne der Sprache äußersten Zwang anzutun, nicht von Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung reden. Solche Personen können nur nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1 freiwillig beitreten, was sie freilich wegen der Altersgrenze und des Gesundheitszeugnisses in eine wesentlich ungünstigere Lage bringen kann (§ 176 Abs. 3).

Einwirkung von Satzungsänderungen auf bestehende Versicherungsverhältnisse bei Ersatzkassen.

15. Nach Altona Antwort: Wenn eine Ersatzkasse verschiedene Versicherungsabteilungen eingerichtet hat, insbesondere eine für Versicherungspflichtige (die eigentliche Ersatzkasse) und eine andere für Nichtversicherungspflichtige (die Zuschußkasse), so kann sie, falls sich später die Unzweckmäßigkeit dieser Verbindung ergibt, im Wege der Satzungsänderung die eine oder die andere Abteilung aufheben. Für die Frage, was alsdann aus den Mitgliedern der aufgehobenen Abteilung wird, ist § 41 Abs. 3 des Gesetzes über die privaten Versicherungsunternehmungen, vom 12. Mai 1901, maßgebend. Grundsätzlich wird danach ein bestehendes Versicherungsverhältnis durch die Satzungsänderung nur berührt, wenn der Versicherte zustimmt. Das würde bedeuten, daß die der betreffenden Abteilung angehörenden Mitglieder, die sich die Aufhebung nicht gefallen lassen wollen, noch weiter in der Abteilung verbleiben, so daß diese nur für neu eintretende Mitglieder aufgehoben ist. Dies gilt aber nach § 41 Abs. 3 Satz 2 nicht von der Aenderung solcher Bestimmungen, für welche die Satzung ausdrücklich vorsieht, daß ihre Aenderung auch mit Wirkung für die bestehenden Versicherungsverhältnisse geschehen kann. Nun bestimmt § 38 Ihrer Satzung: „Die Aenderung (nämlich der Satzung) hat Wirksamkeit auch für bestehende Versicherungsverhältnisse. Nur Abänderungen der §§ 8 bis 10 (welche den Verlust der Mitgliedschaft, das Ruhen der Rechte und den Ausschluß betreffen) bedürfen, um auch für die vorhandenen Mitglieder wirksam zu sein, deren Zustimmung." Allein wir meinen, daß der erste dieser beiden Sätze der Anforderung des § 41 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes nicht genügt. Bei der Beratung des Gesetzes in der Kommission wurde festgestellt, daß die Bestimmungen, welche ohne Zustimmung der Versicherten abgeändert werden können, speziell und im einzelnen in der Satzung bezeichnet werden müssen. Allgemein gefaßte Klauseln genügen nicht und seien unzulässig. Es sei Aufgabe der Aufsichtsbehörde, dahin zu wirken, daß allgemeine unbillige und für den Versicherten gefährliche Klauseln nicht zur Anwendung kommen (Komm.Ber. S. 51). Im vorliegenden Falle kommt noch folgende Erwägung hinzu: Für die Versicherten wird meist die Möglichkeit, sich in einer bestimmten Abteilung, z. B. bei der Ersatzkasse zu versichern, bestimmend gewesen sein, der Kasse überhaupt beizutreten. Wird diese Abteilung aufgehoben, so würde das, wenn der Uebertritt zur anderen Abteilung ohne Interesse ist, einem Zwang zum Austritt gleichkommen. Insofern kommt die Aufhebung der Abteilung in der Wirkung zugleich auf eine Abänderung der §§ 8 und 10 der Satzung hinaus, die nach ausdrücklicher Vorschrift des § 38 der Satzung auf bestehende Versicherungsverhältnisse nur einwirkt, wenn der Versicherte zustimmt. Aus diesen Gründen gelangen wir zu dem Ergebnis: Wenn der Versicherte zustimmt, so hat er (ohne irgendwelche weitere Ansprüche an die Kasse) in die andere Abteilung überzutreten oder auszuscheiden; wenn er nicht zustimmt, bleibt sein Versicherungsverhältnis wie bisher, also mit den Rechten und Pflichten seiner bisherigen Abteilung, trotz ihrer Aufhebung, bestehen.

a) Voraussetzung für den Verlust des Kassenamtes ist Amtsenthebung. b) Abkommen über freiwillige Weiterversicherung.

16. Nach Warstein. Antwort: a) Nach der Reichsversicherungsordnung hat der Verlust der Wählbarkeit nicht von selbst den Verlust des Kassenamtes zur Folge, vielmehr bedarf es einer besonderen, durch die Aufsichtsbehörde auszusprechenden Amtsenthebung (§ 24). Von ihr wird zweckmäßigerweise abgesehen, wenn das Ausschußmitglied zwar durch Aufheben der versicherungspflichtigen Beschäftigung aus der Kasse ausscheidet, aber wahrscheinlich ist, daß es binnen kurzer Frist, etwa in zwei Wochen wieder durch Annahme einer anderen Stellung werde versicherungspflichtig werden.

b) Allerdings kann die Mitteilung des Mitgliedes, daß es sich freiwillig weiterversichern wolle, noch vor dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung erfolgen, aber es muß doch mindestens feststehen, daß die Voraussetzungen für die freiwillige Weiterversicherung begründet sein werden (vgl. Bad. Verwaltungsgerichtshof in Arb.-Versorgg. 22 S. 109). Daher kann nicht schon im voraus, ehe überhaupt sicher ist, daß die versicherungspflichtige Beschäftigung aufhören werde, die Fortsetzung der Mitgliedschaft erklärt werden. Ungültig ist darum auch ein Abkommen mit der Kasse dahingehend, daß ein für allemal ein freiwilliges Mitglied, falls es vom Arbeitgeber als versicherungspflichtiges angemeldet und später wieder abgemeldet werden sollte, die freiwillige Versicherung fortsetze. Die Erklärung der Weiterversicherung muß für jeden einzelnen Fall und unbedingt abgegeben werden.

Kann der gegenwärtige Kassenvorstand gültige Arztverträge über 1913 hinaus schließen?

17. Nach E. Antwort: Wir setzen voraus, daß Ihre Kasse (was aus der Anfrage nicht ersichtlich ist) bestehen bleibt, also entweder als besondere Ortskrankenkasse zugelassen oder zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet ist. Dann war der Vorstand während seiner Amtsdauer — gleichviel, ob diese nach der Satzung noch nicht abgelaufen oder nach der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 8. November 1912 (Arb.-Versorgg. 1912 S. 840) verlängert war — wohl befugt, mit den Kassenärzten Verträge für eine über den 31. Dezember 1913 hinausreichende Zeit abzuschließen. Die Rechtslage ist in dieser Hinsicht beim Inkrafttreten des neuen Rechts keine andere als bisher. Die Kassenvorstände sind doch selbstverständlich befugt, im Rahmen pflichtmäßiger Verwaltung und Vorsorge für die Zukunft Rechtshandlungen verschiedener Art vorzunehmen, insbesondere Verträge (mit Vermietern, Angestellten, Aerzten usw.) zu schließen, die über die Amtszeit des abschließenden Organs hinaus wirken sollen. Dies gilt selbstverständlich auch in der gegenwärtigen Uebergangszeit für die Organe solcher Kassen, die beim Inkrafttreten des neuen Rechtes bestehen bleiben. Die Arztverträge sind also nur wegen der eintretenden Rechtsänderung weder von selbst hinfällig noch kündbar.

Digitized by Google

Bei den Kassenwahlen nicht gewählte Bewerber als Ersatzmänner.

18. Nach Eupen. Antwort: § 19 der Musterwahlordnung für Allgemeine Ortskrankenkassen beantwortet doch die Frage ganz deutlich. Demnach rückt ein nicht in den Ausschuß gewählter Bewerber, sobald ein aus demselben Wahlvorschlag gewählter Vertreter fortfällt, als Ersatzmann ein, er wird also nicht ausgeschaltet. Andererseits wird er bei gebundenen Listen nicht ohne weiteres an die Spitze der Ersatzmänner gestellt, wie Sie annehmen. Vielmehr ist er ihnen nach § 18 Fassung 2 einzureihen, d. h. die Reihenfolge richtet sich danach, wie oft der als Ersatzmann geltende Bewerber und die ursprünglichen Ersatzmänner je an erster, zweiter usw. Stelle genannt sind. Allerdings innerhalb des einzelnen Vorschlags soll nach § 18 Fassung 2 Abs. 2 die Reihenfolge des Vorschlags maßgebend sein.

Hilfskassen, die als Zuschußkassen fortbestehen; Verhältnis zur Allgemeinen Ortskrankenkasse; Unanwendbarkeit des § 293 RVO.

19. Nach Diez. Antwort: Mit Ablauf des 30. Juni 1914 wird nur die der Hilfskasse nach § 75a KVG. erteilte Bescheinigung ungültig (Art. 7 der Verordg. v. 5. Juli 1912, Arb.-Versorgg. 1912 S. 489). Das hat nicht, wie Sie annehmen, die Bedeutung einer Schließung der Kasse, und ebenso ist es nicht richtig, daß die Kasse als eingeschriebene Hilfskasse „aufgelöst" werde. Die Kasse besteht vielmehr fort und darf ihren Geschäftsbetrieb wie bisher fortsetzen (§ 9 des Ges. v. 20. Dezember 1911, Arb.-Versorgg. 1912 S. 19; vgl. daselbst S. 407 Ziff. 12); daß sie ihre satzungsmäßigen Leistungen ändert und sich zu einer Zuschußkasse umgestaltet, berührt ihren Fortbestand in keiner Weise. Weshalb ihre Mitglieder, soweit sie versicherungspflichtig sind, nicht mehr in der Hilfskasse sollten verbleiben können oder weshalb die Kasse solche Mitglieder nicht mehr sollte aufnehmen können, ist nicht verständlich. Nur folgt aus dem Erlöschen der Bescheinigung, daß vom 1. Juli 1914 ab die Zugehörigkeit zur Hilfskasse ganz ohne Einfluß auf das Verhältnis zur allgemeinen Ortskrankenkasse ist. Wie Sie schließlich auf den Einfall kommen, daß die allgemeine Ortskrankenkasse nach § 293 RVO. Anspruch auf einen Teil des Vermögens der Hilfskasse habe, ist gleichfalls ganz unverständlich. Abgesehen davon, daß die Hilfskasse weder eingeht, noch in der allgemeinen Ortskrankenkasse aufgeht, bezieht sich doch § 293 überhaupt nicht auf Hilfskassen, sondern nur auf Krankenkassen im Sinne des § 225 RVO.

Wahlfragen bei Krankenkassen.

20. Nach B. Antwort: a) Wenn bei der Ausschußwahl nur je eine Liste mit genügend Bewerbern eingereicht ist, so erübrigt sich die Abhaltung des Wahltermins, sofern die Wahlordnung eine dem § 10 der Musterwahlordnung nachgebildete Vorschrift enthält. Der Kassenvorstand macht alsdann nur das Wahlergebnis nach § 20 der Wahlordnung bekannt und kann sofort die Vorstandswahl nach §§ 23 ff. in die Wege leiten. Die Anfechtungsfrist aus § 21 braucht nicht abgewartet zu werden, weil die Anfechtung der Ausschußwahl keine aufschiebende Wirkung hat (vgl. Trentlein in Arb.-Versorgg. 30 S. 625 ff.).

b) Zum Ausschuß wählen können allerdings nur Arbeitgeber, nicht auch bevollmächtigte Betriebsleiter, Geschäftsführer und Betriebsbeamte, die nur für die Wählbarkeit, nicht auch für die Ausübung des aktiven Wahlrechts nach § 13 Abs. 2 RVO. den Arbeitgebern gleichgestellt sind. Dagegen können diese Personen, wenn sie in den Ausschuß gewählt sind, an der Wahl zum Vorstande teilnehmen, weil es nach § 335 hierzu genügt, daß sie Vertreter der Arbeitgeber im Ausschuß sind, gleichviel also, ob selbst Arbeitgeber oder nur Betriebsleiter, Geschäftsführer oder Betriebsbeamte von Arbeitgebern.

c) Ueber den Begriff der „bevollmächtigten" Betriebsleiter vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf. S. 21 Anm. 3 zu § 13 RVO. und die dort angeführte Stelle im Handb. der Unfallversf. I S. 396. Selbstverständlich ist Voraussetzung der Wählbarkeit, daß die betreffende Person tatsächlich und erweislich die Stellung eines bevollmächtigten Betriebsleiters (oder Geschäftsführers oder Betriebsbeamten) einnimmt. Dies muß aber durchaus nicht gerade durch eine schriftliche Vollmacht nachgewiesen werden. Wenn jemand z. B. als Leiter, Prokurist oder Direktor eines Betriebes bekannt ist, so erübrigt sich jeder weitere Nachweis. Anderseits würde selbst die Vorlegung einer schriftlichen Vollmacht zum Beweise der Wählbarkeit nicht genügen, wenn der Betreffende nicht in Wahrheit eine leitende Stellung der bezeichneten Art bekleidet.

Wie ist zu verfahren, wenn nach der Wahlordnung mehr Vertreter als gewählt gelten, als Sitze zur vergeben sind?

21. Nach Blankenstein-Ruhr. Frage: Zur Wahl von acht Versichertenvertretern zum Vorstand der Kreisortskrankenkasse sind zwei Wahlvorschläge eingereicht worden. Auf Wahlvorschlag 1 entfallen 24, auf Wahlvorschlag 2 nur 3, zusammen also 27 Stimmen. Gemäß § 16 unserer Wahlordnung beträgt die Verteilungszahl $27 : 9 = 3$. Es würden hiernach auf den ersten Wahlvorschlag $24 : 3 = 8$, auf den zweiten Wahlvorschlag $3 : 3 = 1$ Vertreter entfallen. Da die Zahl der zu wählenden Vertreter somit um 1 überschritten werden würde, fragt es sich, in welcher Weise nunmehr zu verfahren ist.

Antwort: Der Fall ist allerdings auch in der Musterwahlordnung (§ 17 Fassung 2) nicht vorgesehen. Wir meinen, daß man ihn aus dem Grundgedanken der Verhältniswahl heraus zugunsten des Wahlvorschlags 2 entscheiden muß. Da dieser Vorschlag nach der in der Wahlordnung vorgesehenen Berechnung 3 : 3, also eine volle Stimme erhalten hat, so hat er nach dem Prinzip der Berücksichtichtigung der Minderheit jedenfalls Anspruch darauf, nicht ganz auszufallen, und die Notwendigkeit der Kürzung um einen Vertreter darf nur bei der anderen Liste zur Geltung gebracht werden.

Vermögensüberweisung bei gleichzeitiger Schließung einer Orts- und Errichtung einer Innungskrankenkasse.

22. Nach Spandau. Antwort: Wenn am 1. Januar 1914, gleichzeitig mit der Schließung der Ortskrankenkasse für ein bestimmtes Gewerbe, eine neue Innungskrankenkasse für dasselbe Gewerbe ins Leben tritt, so gehören dieser die Mitglieder der geschlossenen Kasse an (§§ 250, 300 RVO., und weil sich hiermit ein unmittelbarer Uebergang von der einen zur anderen Kasse vollzieht, hat die neue Kasse auch Anspruch auf das Vermögen der geschlossenen (§ 303). Der preuß. Min.Erl. vom 23. November 1910 (Arb.-Versorgg. 1911 S. 64) trifft nicht zu, weil er sich nur auf den Fall bezieht, daß beim Fortbestehen einer Ortskrankenkasse ein Teil der Mitglieder durch Errichtung einer Innungskrankenkasse ausscheidet.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Dippe, Amtsgerichtsrat J. Hahn, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. Laß, Rat Dr. Olshausen, Geh. Hofrat Prof. Dr. Rosin, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. K. Weymann, Geh. Regierungsrat Dr. Zacher und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. 11. Dezember 1913.

Redaktion:	Nr. 35	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Die Ausgestaltung von Ortskrankenkassen.

Von Wirklichem Geheimen Oberregierungsrat **Dr. Hoffmann** in Berlin.

Bis zum Inkrafttreten des zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung, also nach der Verordnung, betreffend die Inkraftsetzung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, vom 5. Juli 1912 (RGBl. 439) am 1. Januar 1914, müssen in dem ganzen Bezirke jedes Versicherungsamts allgemeine Ortskrankenkassen bestehen, sofern nicht nach § 230 RVO. von ihrer Errichtung abgesehen werden kann. In der Regel werden allgemeine Ortskrankenkassen durch Beschluß des Gemeindeverbandes errichtet (§. 231), doch ist nach Art. 15 Einf.Ges. z. RVO. auch die Einrichtung allgemeiner Ortskrankenkassen durch Ausgestaltung bestehender gemeinsamer Ortskrankenkassen (KVG. §§ 16, 43) zugelassen. Hierbei wird zwischen gemeinsamen Ortskrankenkassen die alle nach dem Krankenversicherungsgesetze versicherungspflichtigen Personen umfassen und zwischen gemeinsamen Ortskrankenkassen unterschieden, die bereits einen großen Teil der nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtigen des Bezirks umfassen. Und zwar bestimmt Art. 15 Einf.Ges. z. RVO.:

„Hat ein Bezirk, für den nach der Reichsversicherungsordnung eine Ortskrankenkasse zu errichten sein würde, bereits eine gemeinsame Ortskrankenkasse (§ 16 Abs. 4, § 43 KVG.), deren Mitgliederkreis alle nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtigen des Bezirkes umfaßt, so kann diese für ihn zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet werden.

Umfaßt der Mitgliederkreis einer gemeinsamen Ortskrankenkasse bereits einen großen Teil der nach dem Krankenversicherungsgesetz Ortskassenpflichtigen des Bezirkes, so kann mit Genehmigung des Oberversicherungsamts diese Kasse zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet werden.

Der Mitgliederkreis solcher Kassen wird dabei auf alle Versicherten erstreckt, welche die Reichsversicherungsordnung den Ortskrankenkassen zuweist."

Der Reichstag hat an dem Entwurfe des Art. 15 a. a. O. nur im Abs. 2 eine Aenderung vorgenommen, indem er die Worte „einen großen Teil" an die Stelle der Worte „die Mehrheit aller" gesetzt hat (s. Komm.Ber. zum Einf.Ges. z. RVO. S. 14). Mit dieser Maßgabe sind auch noch die Ausführungen der Begründung zutreffend, wo es heißt:

„Die Art. 16 bis 25 (Art. 15 bis 25) befassen sich mit der Zulassung bestehender Krankenkassen und eingeschriebener Hilfskassen. Nach dem Entwurf der Reichsversicherungsordnung muß für jeden Bezirk eines Versicherungsamts künftig in der Regel eine allgemeine Ortskrankenkasse bestehen. Die oberste Verwaltungsbehörde wird zunächst diese Bezirke festsetzen oder in den Fällen des § 241 Abs. 2 (§ 226 Abs. 2 d. G.) die Be-

Digitized by Google

zirke für kleinere Kassen genehmigen. Wo bereits eine gemeinsame Ortskrankenkasse für den Bezirk vorhanden ist — mag sie nach § 16 Abs. 4 oder nach § 43 KVG. errichtet sein —, besteht kein Bedürfnis für die Errichtung einer neuen allgemeinen Ortskrankenkasse. Die vorhandene Kasse kann an ihre Stelle treten, sofern sie sich entsprechend ausgestaltet und insbesondere binnen sechs Monaten (Art. 21) ihre Satzung mit den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Einklang bringt. Tut sie es nicht, so wird sie nach Art. 21 geschlossen und an ihrer Stelle eine allgemeine Ortskrankenkasse neu errichtet. Das „Ausgestalten" ist hierbei dahin verstanden, daß es alle etwa erforderlichen Aenderungen umfaßt, also z. B. bei einer gemeinsamen Ortskrankenkasse für mehrere Bezirke die Abtrennung eines oder mehrerer Bezirke und die Erweiterung des Restes zur allgemeinen Ortskrankenkasse.

In einem Bezirke, wo eine große Ortskrankenkasse schon besteht, die bereits die Mehrheit aller (einen großen Teil der) jetzt Ortskassenpflichtigen umfaßt, wo aber daneben noch einige kleine Ortskrankenkassen für bestimmte Berufe vorhanden sind, wird es vielfach das einfachste sein, die große Kasse zu einer allgemeinen Ortskrankenkasse zu erweitern und jene kleinen Kassen eingehen zu lassen oder mit ihr zu verschmelzen. Der Antrag hat von der großen Kasse auszugehen. Das Oberversicherungsamt kann ihn nur genehmigen, wenn die Satzung entsprechend geändert und die etwa erforderliche Auseinandersetzung oder Regelung der Verhältnisse erledigt ist. Freilich kann es in solchen Fällen mitunter wegen persönlicher oder sachlicher Hindernisse leichter sein, alle vorhandenen Kassen zu schließen und eine neue Ortskrankenkasse zu errichten. Der Mitgliederkreis der verbleibenden Kasse muß auf alle Beschäftigten erstreckt werden, die nach der Reichsversicherungsordnung in Betracht kommen können."

In der Reichstagskommission wurde gegen die Fassung des ersten Satzes im Abs. 2 der vorstehenden Begründung Verwahrung eingelegt, da er den Anschein erwecke, als ob die Vorschriften der RVO. §§ 329 ff. über die weitere Zulassung der bestehenden Ortskrankenkassen als besondere Krankenkassen ausgeschaltet sein sollten, so daß im Falle des Art. 15 Abs. 2 alle anderen Kassen ohne Rücksicht auf jene Vorschriften geschlossen oder mit der allgemeinen Ortskrankenkasse verschmolzen werden müßten, wenn dies für die ausführenden Behörden am einfachsten sei. Man wünsche keine unnötige Verringerung bestehender Krankenkassen, die sich als leistungsfähig und gut verwaltet bewährt hätten und müsse übertriebenen Zentralisationsbestrebungen entgegentreten. Nachdem aus der Mitte der Kommission heraus diese Besorgnisse zerstreut waren, erklärte ein Regierungsvertreter, daß der hervorgehobene Satz nicht die getadelte Bedeutung habe, ganz abgesehen davon, daß die in der Begründung des Entwurfs vertretenen Auffassungen gegenüber den abändernden Beschlüssen der Kommission keine Bedeutung hätten. Es handle sich im Art. 15 Abs. 2 keineswegs um die Schaffung neuer Konzentrationsmöglichkeiten für die Krankenkassen, es handle sich vielmehr nur darum, einen besonderen und zwar einfachen Weg für die praktische Durchführung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu schaffen. Nach der Reichsversicherungsordnung müsse regelmäßig in jedem Bezirk eines Versicherungsamts eine allgemeine Ortskrankenkasse errichtet werden. Der Art. 15 schaffe hierfür die Erleichterung, daß da, wo bereits eine gemeinsame Ortskrankenkasse bestehe, unter gewissen Voraussetzungen keine neue allgemeine Ortskrankenkasse errichtet zu werden brauche, sondern die bestehende gemeinsame Ortskrankenkasse an ihre Stelle treten könne. In welchem Umfange die übrigen bestehenden Ortskrankenkassen in der allgemeinen Ortskrankenkasse aufgehen müßten, bestimme sich ausschließlich nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, insbesondere bedeute Art. 15 Abs. 2 für die weitere Zulassung einer besonderen Ortskrankenkasse im Rahmen der §§ 239 ff. RVO. keinerlei Einschränkung. Auch der Satz der Begründung habe lediglich eine Schließung und Verschmelzung der übrigen Krankenkassen im Rahmen der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung im Auge und nur soweit eine solche nach diesen Vorschriften überhaupt in Betracht käme, bezeichne er den Ausbau einer besonderen Kasse als „am einfachsten"; Komm.Ber. zum Einf.Ges. z. RVO. 16.

Digitized by Google

Die Worte „einen großen Teil" sind von der Reichstagskommission an Stelle der Worte „die Mehrheit aller" gewählt, um einen gewissen Spielraum in der Bestimmung derjenigen Kasse, welche zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet werden solle, für den Fall zu treffen, daß überhaupt keiner Kasse die absolute Mehrheit aller Krankenversicherungspflichtigen habe. Auch könne es zweckmäßig sein, eine Kasse, die nicht die Mehrheit umfasse, zu diesem Zwecke auszuwählen, weil sie besonders leistungsfähig und gut verwaltet sei. Der Antrag ermögliche also eine weitergehende Rücksichtnahme auf die besonderen Umstände des einzelnen Falles; eine solche sei unbedenklich, weil dazu die Genehmigung des Oberversicherungsamts vorgeschrieben sei; Komm.Ber. zum Einf.Ges. z. RVO. S. 14. Von anderer Seite wurde darauf hingewiesen, daß es bedenklich sei, immer nur der größten Kasse das Antragsrecht zu geben, zumal für den Fall, daß die große Kasse schlecht gewirtschaftet habe, andere Kassen des Bezirks dagegen in guter Vermögenslage seien. Hierzu wurde von einem Regierungsvertreter folgendes bemerkt:

„Die geäußerten Bedenken seien nach der Fassung des Entwurfs nicht ganz unbegründet gewesen. Der vorliegende Antrag räume aber diese Bedenken aus. Nach diesem Antrag sei die Möglichkeit des Ausbaues zur allgemeinen Ortskrankenkasse nicht mehr auf die größte gemeinsame Ortskrankenkasse, die auch den größten Teil der Ortskassenpflichtigen umfasse, beschränkt, sondern es könne jede größere gemeinsame Ortskrankenkasse zum Ausbau benutzt werden. Mit dieser Unbestimmtheit der auszubauenden Kasse falle selbstverständlich das ausschließliche Antragsrecht des Entwurfs fort, nach dem zu Art. 16 (Art. 15) gestellten Antrag könne jede gemeinsame Ortskrankenkasse einen entsprechenden Antrag stellen. Die Vorschrift, daß die Genehmigung des Oberversicherungsamts erforderlich sei, setze das Oberversicherungsamt in den Stand, vor der Genehmigung zu prüfen, welche Kasse gut geleitet sei und auch im übrigen am besten zum Gegenstand des Ausbaues gemacht werde, und danach seine Entscheidungen zu treffen"; Komm.Ber. zum Einf.Ges. z. RVO. S. 15.

Von anderer Seite wurde noch festgestellt, „daß als Grundsätze für die Auswahl derjenigen Krankenkasse, welche zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgebaut werden solle, zu gelten hätten: 1. daß die auszuwählende Kasse einen großen Teil der Versicherten umfassen, also eine relativ große Kasse sein müsse, ohne daß sie die größte zu sein brauche; 2. daß sie die relativ beste Verwaltung und die relativ besten Leistungen aufzuweisen haben müsse; 3. daß nicht die größte Kasse allein befugt und verpflichtet sein solle, einen Antrag auf Ausbau zur allgemeinen Ortskrankenkasse zu stellen, sondern daß jede Kasse befugt sein solle, einen solchen Antrag zu stellen"; Komm.-Ber. zum Einf.Ges. z. RVO. S. 15.

Weiteres Material ist in den Verhandlungen und Drucksachen des Reichstags für die Auslegung nicht zu finden. Da auch über das anzuwendende Verfahren besondere gesetzliche Vorschriften nicht vorgesehen sind, so ergab sich für die obersten Verwaltungsbehörden die Aufgabe, den Versicherungsbehörden wegen Handhabung des Art. 15 eingehende Anweisungen zu erteilen. Dies ist für Preußen in der Hauptsache durch den Erl. vom 4. November 1912 Ziff. II (HMBl. S. 539) geschehen.

Zunächst entstand die Frage, ob die Ausgestaltung durch den für die Errichtung allgemeiner Ortskrankenkassen verantwortlichen Gemeindeverband oder von der gemeinsamen Ortskrankenkasse selbst durch entsprechender Aenderung ihres Mitgliederkreises bewirkt werden müsse. Wenn die Ausgestaltung überhaupt ein selbständiger Begriff sein sollte, so konnte mit den Ausführungen in der Begründung nur angenommen werden, daß die Kasse sich selbst ausgestalten könne. Demgemäß ist auch in dem Erl. vom 12. November 1912 folgendes bestimmt worden:

„Bestehende Ortskrankenkassen können, wenn die Voraussetzungen des Art. 15 EG. vorliegen, zu allgemeinen Ortskrankenkassen ausgestaltet werden. Auf Nr. 2 Abs. 3 Erl. vom 8. Mai d. Js. (HMBl. S. 264) wird verwiesen. Soll eine der im Art. 15 Abs. 2 a. a. O. bezeichneten Ortskrankenkassen ausgestaltet werden, so hat das Oberversicherungsamt unverzüglich die Kasse zu bezeichnen, deren Ausgestaltung genehmigt wird.

Zwecks Ausgestaltung der Kasse wird die Kassensatzung dahin geändert, daß die Kasse ‚alle nach der Reichsversicherungsordnung

Digitized by Google

Versicherungspflichtigen umfaßt, soweit sie nicht einer Landkrankenkasse, einer besonderen Ortskrankenkasse, einer knappschaftlichen Krankenkasse, einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse angehören'.

In allen Fällen hat das Oberversicherungsamt über die Ausgestaltung erst Beschluß zu fassen, wenn feststeht, daß der Gemeindeverband von der Befugnis, eine allgemeine Ortskrankenkasse zu errichten, keinen Gebrauch machen will. Sobald ein Beschluß des Gemeindeverbandes über die Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse vorliegt oder das Oberversicherungsamt die Errichtung dieser Kasse angeordnet hat, ist der Antrag auf Ausgestaltung abzulehnen. Die Satzungsänderung für die Ausgestaltung ist von der Generalversammlung zu beschließen (§ 26 Nr. 3 KVG.). Ueber die Genehmigung der Satzungsänderungen hat das Oberversicherungsamt zu beschließen (§ 324, Art. 1 V. vom 5. Juli d. Js., RGBl. S. 439)."

Allerdings war damit die Gefahr einer Kollision mit den Absichten des Gemeindeverbandes und schließlich auch des Oberversicherungsamtes gegeben, so daß zu einer erfolgreichen Ausgestaltung sowohl das Oberversicherungsamt als auch der Gemeindeverband zustimmen mußte. Und zwar war die Zustimmung des Gemeindeverbandes wichtiger als diejenige des Oberversicherungsamts, denn wenn dieses auch zugestimmt hatte, so war es dem Gemeindeverband unbenommen jederzeit noch eine allgemeine Ortskrankenkasse neu zu errichten. Naturgemäß konnte auch das Oberversicherungsamt seine Auffassung jederzeit ändern. Und aus diesen Nebeneinanderstehen von drei verantwortlichen Instanzen haben sich in Einzelfällen allerhand Verwicklungen ergeben, die ernste Zweifel an der Zweckmäßigkeit der Ausgestaltung an sich aufkommen ließen. In der überwiegenden Mehrzahl trat allerdings nur der Gemeindeverband im Gegensatz zu der Krankenkasse, die sich ausgestalten wollte. Es ist aber auch wiederholt vorgekommen, daß der Gemeindeverband auf die Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse für seine Bezirke oder Teile desselben zugunsten der Ausgestaltung einer bestehenden Ortskrankenkasse verzichtete und diese Ortskrankenkasse einen Antrag auf Ausgestaltung nicht stellte, sondern nur ihre Zulassung als besondere Ortskrankenkasse beantragte, entweder weil dem Vorstand der Unterschied zwischen Ausgestaltung und Zulassung nicht verständlich wurde, oder weil die Kasse ihren jetzigen Mitgliederkreis behalten wollte. Erschwert wurde die Uebereinstimmung der Anschauungen der Vertretung des Gemeindeverbandes und der Krankenkasse in ländlichen Bezirken dadurch, daß der Kreistag in der Regel nur einmal im Jahre zusammentritt und seine Auffassung sonst gar nicht zu ermitteln ist. Wie oft ist es vorgekommen, daß die Pläne des Landrats oder Bürgermeisters nachher von der Vertretung des Gemeindeverbandes nicht gutgeheißen wurden! Schon aus diesen kurzen Mitteilungen ist ersichtlich, daß das von Hahn auf S. 100 dieser Zeitschrift Jahrgang XXX empfohlene Ausgestaltungsverfahren für Preußen nicht brauchbar war. Mit dem Augenblicke, wo der Gemeindeverband die Errichtung einer neuen Krankenkasse beschlossen hatte, wurde der Ausgestaltungsantrag der Kasse von selbst gegenstandslos. Einer Beschlußfassung des Oberversicherungsamts über den Antrag bedurfte es nicht mehr, da auch eine Beschwerde nicht gegeben war. Aber auch mit den Anschauungen des Oberversicherungsamts sind nicht selten die Gemeindeverbände in Widerspruch getreten, indem sie die Errichtung von allgemeinen Ortskrankenkassen nach anderen Bezirken oder Gesichtspunkten beschlossen haben, als vorgeschlagen waren. Da die Beschlüsse der Gemeindeverbände weder einer Genehmigung bedürfen, noch zwangsweise abgeändert werden konnten, so waren die Ansichten der Gemeindeverbände für die Organisation der allgemeinen Ortskrankenkassen ausschlaggebend. Nur soweit die Gemeindeverbände ihre Verpflichtung zur Errichtung von allgemeinen Ortskrankenkassen nicht oder nicht ausreichend nachkamen, konnten die Beschlüsse durch Anordnungen des Oberversicherungsamts auf Grund § 232 RVO. beseitigt worden. Das war unter Umständen der Fall, wenn der Gemeindeverband für einen Teil seines Bezirkes die Ausgestaltung einer bestehenden gemeinsamen Ortskrankenkasse zulassen wollte, das Oberversicherungsamt aber auf einen größeren Kassenbezirk Wert legte.

Die bestehenden gemeinsamen Ortskranken-

Digitized by Google

kassen hatten kein „Recht" auf Ausgestaltung, selbst dann nicht, wenn zunächst Gemeindeverband und Oberversicherungsamt die Ausgestaltung geschehen ließen. Noch im Laufe des Jahres 1913 ist es wiederholt vorgekommen, daß entweder der Gemeindeverband nachträglich die Errichtung einer neuen allgemeinen Ortskrankenkasse beschloß oder das Oberversicherungsamt eine andere Auffassung geltend machen zu müssen glaubte. Die Existenz der ausgestalteten Ortskrankenkasse war damit besiegelt, selbst wenn ihre Satzung bereits genehmigt war. Im übrigen hinderte nichts den Gemeindeverband, auch dann die Errichtung einer neuen Kasse zu beschließen, wenn das Oberversicherungsamt auf Grund des Art. 15 Abs. 2 die ausdrückliche Genehmigung zur Ausgestaltung gegeben hatte.

Nicht klar erkennbar ist aus dem Gesetz das Verhältnis, in dem die Ausgestaltung zur allgemeinen Ortskrankenkasse zur Zulassung als besondere Ortskrankenkasse steht, mit anderen Worten, ob eine gemeinsame Ortskrankenkasse, die sich ausgestalten will, auch bis zum 31. Dezember 1913 den Antrag auf Zulassung gestellt haben mußte und ob sie nur ausgestaltet werden durfte, wenn sie den für die Zulassung besonderer Ortskrankenkassen aufgestellten Voraussetzungen entsprach. In Preußen ist von Anfang an der Standpunkt vertreten, daß, da ein besonderes Ausgestaltungsverfahren nicht vorgesehen sei, auch die Ausgestaltung im Zulassungsverfahren vor sich gehen müsse und daß Ortskrankenkassen, die nach §§ 239, 240 nicht zugelassen werden könnten, auch nicht ausgestaltet werden dürfen. Demgemäß ist in dem Erlaß vom 12. November 1912 angeordnet:

„Ausgestaltet werden dürfen nur Ortskrankenkassen, die nach den §§ 239 ff. als besondere Ortskrankenkassen zugelassen werden können. Kassen, die ausgestaltet werden wollen, haben daher bis zum 31. Dezember 1912 (Art. 6 Verordnung vom 5. Juli d. J., RGBl. S. 439) den Antrag auf Zulassung mit dem Zusatze zu stellen, daß sie sich gemäß Art. 15 Einf.Ges. zur allgemeinen Ortskrankenkasse auszugestalten beabsichtigen. Bei Prüfung der Zulassungsfähigkeit ist § 240 Nr. 2 und 3 nicht anzuwenden."

Allerdings wurde dabei nicht verkannt, daß die gesetzlichen Voraussetzungen der Zulassung nicht in allen Punkten für die Ausgestaltung gelten und daß eine gewisse Modifikation geboten sei. Immerhin erschien es der Absicht des Gesetzes zu entsprechen, wenn die Ausgestaltung mit der Zulassung in die engste Verbindung gebracht wurde. Dafür spricht zunächst die Ausführung in der oben wiedergegebenen Begründung zu Art. 15, wonach die Art. 15 bis 25 sich mit der Zulassung bestehender Krankenkassen befassen. Auch die Reichsversicherungsordnung selbst unterscheidet nur zwischen Errichtung und Zulassung von Krankenkassen; würde die Ausgestaltung als eine besondere Organisationsform angesehen werden, so würde es an der Möglichkeit fehlen, ausgestaltete Ortskrankenkassen in den Rahmen der Reichsversicherungsordnung einzufügen, denn diese unterscheidet zwischen errichteten allgemeinen Ortskrankenkassen und zwischen besonderen Ortskrankenkassen. Daraus ergibt sich, daß bestehende Ortskrankenkassen nach Absicht des Gesetzes nur ausgestaltet werden dürfen, wenn sie als besondere Ortskrankenkassen zugelassen werden können. Und damit ergeben sich auch die unbedingt notwendigen Voraussetzungen für die Ausgestaltung von Ortskrankenkassen, von denen die wichtigste ist, daß nur solche Ortskrankenkassen ausgestaltet werden dürfen, die nach dem Durchschnitt der drei letzten Jahre wenigstens 250 Mitglieder gehabt haben. Wenn Hahn die Behandlung der Ausgestaltung als eine besondere Art der Zulassung, als „eine seltsam verfehlte Verwaltungspraxis" bezeichnet (s. S. 434 dieser Zeitschrift Jahrgang XXX), so geht er offenbar von der Vorstellung aus, daß nur ganz große Ortskrankenkassen für die Ausgestaltung in Frage kommen. Das ist aber nach den tatsächlichen Verhältnissen wenigstens in Preußen durchaus unzutreffend. Zahlreiche Ortskrankenkassen namentlich auf dem Lande hatten für sich die Befugnis zur Ausgestaltung verlangt mit der Begründung, daß sie den Voraussetzungen des Art. 15 Abs. 1 entsprächen. Gegenüber dem Einwande, daß sie in den letzten drei Jahren nicht genügend Mitglieder gehabt hätten kamen sie mit dem Hinweis, daß sie nach der Ausgestaltung 250 Mitglieder haben würden. Wenn die Auffassung Hahns zutreffend wäre, so würde es an jeder gesetzlichen Handhabe gefehlt haben, um das Weiter-

Digitized by Google

bestehen solcher kleinen Kassen zu verhindern, es sei denn, daß es für angemessen gehalten würde, die Versicherungsbehörden und die obersten Verwaltungsbehörden bei der Ausgestaltung der Ortskrankenkassen nach Willkür und freiem Belieben schalten und walten zu lassen. Und was hätte gegenüber bestehenden Ortskrankenkassen, an deren Leistungsunfähigkeit nicht der geringste Zweifel bestand, geschehen sollen, wenn sie ihre Ausgestaltung mit der Begründung verlangt hätten, daß sie nach der Ausgestaltung leistungsfähig sein würden? Nur mit der Berufung auf § 240 Ziff. 4 RVO. konnte eine einwandfreie Unterlage für die Ablehnung des Ausgestaltungsantrags gefunden werden. Ebenso konnte § 240 Ziff. 5 RVO. unbedenklich angewendet werden, indem auch für die auszugestaltenden Ortskrankenkassen die Beschränkung ihres Bezirks auf den Bezirk des Versicherungsamts verlangt wurde.

Grundsätzlich sind in Preußen zur Ausgestaltung nur solche Ortskrankenkassen zugelassen worden, die zu Recht bestanden, allerdings mit der wichtigen Ausnahme, daß Mängel in der Satzung der auszugestaltenden Ortskrankenkasse dann unberücksichtigt bleiben sollten, wenn die durch die Ausgestaltung des Mitgliederkreises geheilt wurden; s. Erl. vom 4. November 1912 Ziff. III 3. Weitere Abweichungen sind gegenüber der Zulassung nicht für die Ausgestaltung in Preußen vorgeschrieben worden, insbesondere hat auch keine unterschiedliche Behandlung der für Gewerbszweige und Betriebsarten bestehenden Ortskrankenkassen stattgefunden. Diese wurden überhaupt als ungesetzliche Einrichtung in den Fällen nicht angesprochen, wo sie alle nach dem Krankenversicherungsgesetze versicherungspflichtige Personen umfaßten, da eine Kasse die alle Gewerbszweige umfaßt, notwendigerweise und von selbst auch alle Betriebsarten umfassen muß. Daß solche Ortskrankenkassen als besondere Ortskrankenkassen zugelassen werden können, ist bereits in dem Erlasse vom 9. Mai 1912 Ziff. 2 (HMBl. S. 264) ausgesprochen.

Wenn es nahelag, die materiellen Voraussetzungen für die Zulassung bestehender Ortskrankenkassen als besondere Ortskrankenkassen auch für die Ausgestaltung zu allgemeinen Ortskrankenkassen zur Anwendung zu bringen, so war es mehr wie selbstverständlich, auch das Verfahren bei der Ausgestaltung als eine besondere Art des Zulassungsverfahrens anzusehen, so daß von den auszugestaltenden Kassen alle Förmlichkeiten erfüllt werden müßten, die im Einf.Ges. z. RVO. für die Zulassung besonderer Ortskrankenkassen vorgeschrieben sind. Würde anders verfahren, so würde jede Regelung des Ausgestaltungsverfahrens im Gesetze fehlen, so daß auch hier wieder der Willkür der Behörden Tür und Tor geöffnet sein würde. Abgesehen davon, daß das Gesetz in der oben angeführten Begründung zu Art. 15 Einf.Ges. z. RRO. die Ausgestaltung selbst als Zulassung bezeichnet, sprechen wichtige Gründe für ein solches Vorgehen.

Zunächst würde jeder Anhalt dafür fehlen, bis zu welchem Zeitpunkt der Antrag auf Ausgestaltung zur allgemeinen Ortskrankenkasse zu stellen war und wer den Antrag stellen konnte. Für Preußen, wo auch für das Ausgestaltungsverfahren die Vorschriften des Art. 15 ff. Einf.Ges. z. RVO. angewandt sind, ergab sich die Antwort auf diese Frage von selbst. Die auszugestaltende Ortskrankenkasse hatte zunächst ihren Zulassungsantrag bis zu dem durch die Verordnung vom 5. Juli 1912 (RGBl. S. 439) bezeichneten Zeitpunkte zu stellen. Stellte sie den Antrag nicht, so konnte sie nicht ausgestaltet werden, weil sie wegen verspäteter Antragstellung nach Art. 21 Einf.Ges. z. RVO. geschlossen werden mußte. Denn das Gesetz kennt keinen anderen Uebergang einer bestehenden Ortskrankenkasse in den neuen Rechtszustand als durch Zulassung. War aber der Antrag auf Zulassung gestellt, so konnte der Antrag auf Ausgestaltung jederzeit nachgeholt werden; es war durchaus nicht nötig, daß der Antrag auf Ausgestaltung schon bis zum 1. Januar 1913 gestellt war. Es ist sogar zugelassen worden, daß eine bestehende Ortskrankenkasse den Antrag auf Ausgestaltung noch stellte, nachdem der Antrag auf Zulassung als besondere Ortskrankenkasse abgelehnt war, damit die aus der unterlassenen Antragstellung sich ergebenden Schwierigkeiten der Organisation am einfachsten überwunden werden konnten. War der Antrag auf Zulassung als besondere Ortskrankenkasse gestellt, so ergab sich ferner für die Kasse der

Digitized by Google

Vorteil, daß sie, wenn die Ausgestaltung nicht möglich war, als besondere Ortskrankenkasse zugelassen werden konnte. Bei den verworrenen Kassenverhältnissen in Preußen stand es nämlich keineswegs von vornherein fest, ob dem Antrag auf Ausgestaltung stattgegeben werden würde, zumal, wie bereits erwähnt, die Ansicht der Vertretung des Gemeindeverbandes vielfach erst längere Zeit nach dem 1. Januar 1913 zu ermitteln war. In zahlreichen Fällen sind die Anträge infolge der späteren Beschlußfassung des Kreistages oder der Stadtverordnetenversammlung hinfällig geworden, und die Ortskrankenkassen dann geschlossen werden, weil sie einen Antrag auf Zulassung nicht rechtzeitig gestellt hatten. Nur ganz selten hat übrigens die Zulassung besonderer Ortskrankenkassen in diesen Fällen stattfinden können, weil die besonderen Ortskrankenkassen den allgemeinen Ortskrankenkassen fast alle versicherungspflichtigen Personen fortgenommen hätten und dadurch die Leistungsfähigkeit dieser Kassen gefährdet haben würden. Dabei machte es keinen Unterschied, ob die zuzulassende Kasse den ganzen Bezirk der allgemeinen Ortskrankenkasse oder nur einen Teil derselben umfaßte, denn es wurde an dem Grundsatze festgehalten, daß die allgemeine Ortskrankenkasse in allen Teilen ihres Bezirks gleichmäßig leistungsfähig sein müsse. Hier war die Rechtslage im wesentlichen die gleiche wie in dem Falle, wo eine für die Ausgestaltung in Aussicht genommene Ortskrankenkasse den Antrag auf Ausgestaltung nicht stellte, und für den in dem Erlasse vom 4. November 1912 folgendes bestimmt war:

„Stellt eine Ortskrankenkasse, deren Ausgestaltung vorgesehen ist, den Antrag auf Zulassung nicht rechtzeitig, so ist eine allgemeine Ortskrankenkasse zu errichten. Dieses Verfahren wird in der Regel dazu führen, daß auch die Ortskrankenkassen, deren Zulassung als besondere Ortskrankenkasse bei Ausgestaltung der gemeinsamen Ortskrankenkasse angängig gewesen wäre, sowie die für die Ausgestaltung in Aussicht genommene Ortskrankenkasse selbst in analoger Anwendung des § 242 Abs. 2 nicht zugelassen werden, damit im Interesse der Leistungsfähigkeit die neue allgemeine Ortskrankenkasse einen ausreichenden Mitgliederbestand hat."

Ganz von selbst ergab sich auch bei dieser Rechtslage die Antwort auf die Frage, von wem der Antrag auf Ausgestaltung zur allgemeinen Ortskrankenkasse zu stellen sei. Hierzu war gemäß Art. 18 Einf.Ges. z. RVO. der Vorstand nur befugt, wenn die Generalversammlung den Antrag mit Stimmenmehrheit beschlossen hatte. Sodann mußte gemäß Art. 19 a. a. O. gefordert werden, daß der von der Generalversammlung (Bek. des Reichskanzlers vom 11. Januar 1913 [RGBl. S. 16]) beschlossene Entwurf einer Kassensatzung binnen einer vom Versicherungsamt zu stellenden Frist eingereicht wurde. Endlich hatte die Kasse den Satzungsentwurf gemäß Art. 26 a. a. O. in Verbindung mit der Verordnung vom 5. Juli 1912 (RGBl. S. 439) bis zum 31. Juni 1913 mit den Vorschriften der RVO. in Einklang zu bringen. Kam sie dieser Verpflichtung nicht nach, so mußte die Ortskrankenkasse, obwohl ihre Ausgestaltung im öffentlichen Interesse lag, geschlossen werden und der Gemeindeverband schleunigst eine neue allgemeine Ortskrankenkasse errichten. Hatte die auszugestaltende Ortskrankenkasse zum 30. Juni 1913 einen Satzungsentwurf überhaupt eingereicht, so konnte sie nicht mehr geschlossen werden, nachdem durch Erl. vom 13. März 1913 (HMBl. S. 133) angeordnet war, daß die Einreichung einer ordnungsmäßig beschlossenen Satzung genüge und die Vorschrift des Art. 21 nicht ausschließe, daß auch nach dem 30. Juni notwendige Aenderungen der Satzungen vorgenommen würden. Die Folge dieser Auslegung, die wegen des verspäteten Erscheinens der Mustersatzungen nicht zu vermeiden war, wenn den Kassen nicht schwere Ungelegenheiten entstehen sollten, ist, daß ein Zwang zur Vorlage einer genehmigungsfähigen Satzung überhaupt nicht mehr besteht, so daß dem Oberversicherungsamte nichts anderes übrig bleibt, als die mangelhafte Satzung zum 1. Januar 1914 zu genehmigen und nachträglich gemäß § 326 Abs. 1 die Aenderung der Satzungen in den zu Unrecht genehmigten Punkten herbeizuführen.

In anderen Bundesstaaten, wo die Organisation der Ortskrankenkassen einfach und übersichtlich eingerichtet ist, ergaben sich alle diese Schwierigkeiten für die Ausgestaltung nicht. Wenn hier ein einfaches Verfahren gewählt worden ist, so beweist das für Preußen nichts, zumal das Gesetz von einer Regelung des

Digitized by Google

Ausgestaltungsverfahrens abgesehen und den Behörden völlig freie Hand gelassen. In Preußen hat sich jedenfalls das eingeschlagene Verfahren im vollen Umfange bewährt.

Auch sonst tauchten bei der Ausgestaltung manche Zweifelsfragen und Lücken auf, deren Beseitigung durch Anweisung der obersten Verwaltungsbehörde sich als unbedingt notwendig herausstellte. Dahin gehört zunächst die Frage nach der Aenderung des Bezirks der auszugestaltenden Ortskrankenkasse. Diese Zulässigkeit einer Vergrößerung des Bezirks ist in Preußen aus rechtlichen Gesichtspunkten und auch aus Zweckmäßigkeitserwägungen verneint worden, während andererseits die Bezirksverkleinerung im Hinblick auf § 240 Ziff. 5 RVO. stets verlangt worden ist, wenn der Bezirk der Kasse den Bezirk des Versicherungsamts überschreitet. Anlangend die rechtliche Seite der Frage, so ist in dem Erlasse vom 4. November 1912 folgendes aufgeführt:

„Ausgestaltet werden dürfen ferner nach dem klaren Wortlaut des Art 15 Abs. 1 Einf.-Ges. nur Ortskrankenkassen, deren Bezirk mit dem Bezirke der demnächstigen allgemeinen Ortskrankenkasse übereinstimmt. Bei freier Auslegung des Art. 15 Abs. 2 würden allerdings die hier bezeichneten Kassen berechtigt sein, sich unter Erweiterung ihres Bezirks auszugestalten. Abgesehen von anderen Erwägungen würde es aber widersinnig sein, die in Abs. 2 bezeichneten Kassen anders als die in Abs. 1 aufgeführten zu behandeln. Es darf daher nur solchen Kassen die Genehmigung zur Ausgestaltung nach Art. 15 Abs. 2 erteilt werden, deren Bezirk sich mit dem Bezirke der in Aussicht genommenen allgemeinen Ortskrankenkasse deckt. Die Gemeindeverbände haben mithin in allen Fällen, in denen mit der Ausgestaltung eine Erweiterung des Bezirks verbunden sein würde, die Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse zu beschließen. Tun sie dies nicht, so hat das Oberversicherungsamt die Errichtung anzuordnen (§ 232) und, wenn diese Anordnung nicht befolgt wird, die Kasse selbst zu errichten (§§ 233, 320 Abs. 2).

Bei der Ausgestaltung von Ortskrankenkassen, deren Bezirk über den Bezirk des Versicherungsamts hinausgeht, ist eine entsprechende Verkleinerung des Kassenbezirks vorzunehmen. Auch abgesehen hiervon ist die Verkleinerung des Bezirks bei der Ausgestaltung zulässig. Dem Antrag auf Ausgestaltung ist in diesen Fällen nur zu entsprechen, wenn die Kasse zugleich die Ausscheidung der ihr aus dem auszuscheidenden Bezirksteil angehörenden Mitglieder beantragt (§§ 281 ff.).

Kassen für Gemeindeteile können zu allgemeinen Ortskrankenkassen für den Gemeindeteil ausgestaltet werden."

Aus Zweckmäßigkeitsrücksichten konnte die Vergrößerung des Bezirks, abgesehen von Einzelfällen, wo es sich um einen unbedeutenden Gebietszuwachs handelte, um des willen nicht geduldet werden, weil die der Ortskrankenkasse damit neu hinzukommenden Mitglieder bei der ersten Einrichtung der allgemeinen Ortskrankenkasse, die von den vorhandenen Organen zu besorgen war, unbeteiligt geblieben wären. Dies erschien um so weniger angängig, als der Zuwachs an Mitglieder in manchen Fällen erheblich war, namentlich wenn Eingemeindungen größerer Gebietsteile in einer Stadt, für deren altes Gebiet eine auszugestaltende Ortskrankenkasse bestand, stattgefunden hatten. Gemeinsame Ortskrankenkassen, die ihren Bezirk vergrößern wollten, gehörten zu den im Art. 15 Abs. 2 bezeichneten Ortskrankenkassen; sie bedurften also zu ihrer Ausgestaltung der ausdrücklichen Genehmigung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts. Streitig war die Frage, ob die Beschwerde gegen die Versagung der Genehmigung an das Reichsversicherungsamt oder an die oberste Verwaltungsbehörde zu richten war. Für die Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts wurde darauf hingewiesen, daß auch nach der Begründung (S. 517) zu § 1791 RVO. unter dem Worte „Entscheidungen" alle Willensäußerungen der Versicherungsbehörden zu verstehen seien und daß, abweichend von der sonstigen Gepflogenheit, die oberste Verwaltungsbehörde nicht als Beschwerdeinstanz bezeichnet sei. Das Reichsversicherungsamt hat sich aber in der grundsätzlichen Entscheidung vom 7. März 1913 (Amtl. Nachr. S. 414) für unzuständig erklärt, weil nach den auch in der Reichstagskommission von den Regierungsvertretern wiederholt zum Ausdruck gebrachten Absicht der Reichsversicherungsordnung — Komm. Ber. zur Reichsversicherungsordnung 2. Teil S. 138, 176, 177 — in Fragen der

Digitized by Google

Organisation nicht das Reichsversicherungsamt, sondern nur die oberste Verwaltungsbehörde die letzte Instanz abgeben könne. Hiernach würde als Beschwerdeinstanz nur die oberste Verwaltungsbehörde übrig bleiben, deren Zuständigkeit aber durch die Unzuständigkeitserklärung des Reichversicherungsamts selbstredend nicht ohne weiteres begründet ist. Da nach den Ausführungen des Regierungsvertreters in der Reichstagskommission (Komm.Ber. zum Einf.Ges. z. RVO. S. 19) es zweifelhaft ist, ob die Rechtsmittelfristen der Reichsversicherungsordnung auch für die Fälle des Einf.-Ges. gelten, so kann höchstens von einer Beschwerde im Aufsichtswege die Rede sein. Dieser Streitfrage ist aber durch die Anordnung des Erlasses vom 4. November 1912, daß das Oberversicherungsamt sofort, wenn es die Genehmigung versagt habe, die Anordnung wegen Errichtung einer allgemeinen Ortskrankenkasse (§ 232 RVO.) erlassen soll, der Boden entzogen worden, indem nunmehr gegen die Anordnung des Oberversicherungsamts gemäß § 233 RVO. die instanzielle Beschwerde an die oberste Verwaltungsbehörde gegeben ist.

Gehören der auszugestaltenden Ortskrankenkasse Personen an, die vorbehaltlich des durch Artikel 29 Einf.Ges. zur RVO. begründeten Rechts, der Ortskrankenkasse weiter anzugehören, nach § 235 RVO. Mitglieder der Landkrankenkassen werden müssen, so muß ihre Ausscheidung herbeigeführt werden. Demgemäß wird in dem Erlaß v. 4. November 1912 folgendes bestimmt:

„Ist eine Landkrankenkasse errichtet, so kann dem Antrag auf Ausgestaltung seitens einer gemeinsamen Ortskrankenkasse, die auch Landkassenpflichtige umfaßt, nur entsprochen werden, wenn die Kasse zugleich den Antrag auf Ausscheidung der Landkassenpflichtigen gemäß §§ 281 ff. stellt. Ausnahmen finden nur statt, wenn die oberste Verwaltungsbehörde nach § 236 Abs. 2 einzelne Gruppen Landkassenpflichtiger den allgemeinen Ortskrankenkassen zuweisen sollte, oder nach § 488 die Fortdauer der statutarischen Bestimmungen über die Versicherung der Hausgewerbtreibenden genehmigt."

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Die Unterbringung eines Rentenempfängers in einem Krankenhaus gilt nur in besonderen Ausnahmefällen als „Gewährung des vollständigen Unterhalts in einer Anstalt" (§§ 1506 u. 1536 RVO.).

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Juni 1913.

Die Berechtigung des Armenverbandes, Ersatz für die durch die Unterbringung des Z. im Krankenhaus entstandenen Aufwendungen, aus dessen Invalidenrente zu fordern, ergibt sich aus der Vorschrift des § 1531 RVO., wonach ein Armenverband, der nach gesetzlicher Pflicht einen Hilfsbedürftigen für eine Zeit unterstützt, für die er einen Anspruch auf Grund der Reichsversicherungsordnung hatte oder noch hat, Ersatz beanspruchen kann. Streitig ist hier auch nicht das Bestehen dieses Ersatzanspruchs an sich, sondern lediglich dessen Umfang, der sich gemäß § 1536 RVO. durch entsprechende Anwendung des § 1506 daselbst regelt. Die Abs. 1 und 2 dieses Paragraphen lauten:

„Soweit für Kassenleistungen Ersatz aus der Unfallrente beansprucht werden kann, ist der Anspruch nur begründet bis zum halben Betrage der Rente, die auf die Zeit fällt, für welche die Ansprüche auf Kassenleistungen und Rente zusammentreffen.

Ist dem Kranken während dieser Zeit vollständiger Unterhalt in einer Anstalt gewährt worden, der nach den Vorschriften dieses Buches aus der Unfallrente zu ersetzen ist, so ist für die Dauer dieses Unterhalts der Anspruch auf Ersatz bis zum vollen Betrage der Rente begründet. Dies gilt entsprechend, wenn der Träger der Unfallversicherung dem Kranken vollständigen Unterhalt in einer Anstalt gewährt hat (§ 607)."

Bei entsprechender Anwendung dieser Vorschrift auf den Ersatzanspruch eines Armenverbandes gegen einen Träger der Invalidenversicherung ergibt sich, daß für den Regelfall nur die halbe Invalidenrente in Anspruch genommen werden darf, mag auch die Armenunterstützung in erheblich höherem Betrage geleistet worden sein. Nur ausnahmsweise soll der Ersatzanspruch bis zum vollen Betrage der Rente begründet sein, nämlich sofern

Digitized by Google

und so lange dem Rentenempfänger von dem Armenverbande „vollständiger Unterhalt in einer Anstalt" gewährt worden ist. Vorliegendenfalls hängt also der Anspruch des Armenverbandes auf Überweisung der vollen Rente davon ab, ob die Unterbringung des Z. im städtischen Krankenhause zu St. als „Gewährung des vollen Unterhalts in einer Anstalt" anzusehen ist oder nicht. Das Reichsversicherungsamt ist zur Verneinung dieser Frage gelangt.

Unter der Herrschaft des Invalidenversicherungsgesetzes waren die Ersatzansprüche der Armenverbände in § 49 Abs. 3 und 4 daselbst in der Weise begrenzt, daß bei vorübergehender Unterstützung höchstens drei Monatsbeträge der Rente und zwar mit nicht mehr als der Hälfte in Anspruch genommen werden konnten. Bei fortlaufender Unterstützung konnte zwar eine fortlaufende Ueberweisung verlangt werden; diese erfaßte aber regelmäßig gleichfalls höchstens die halbe Rente. Die volle Rente konnte nur, wenn die Unterstützung in der Gewährung des Unterhalts in einer Anstalt bestand, für dessen Dauer und in dem zur Ersatzleistung erforderlichen Betrage beansprucht werden. Maßgebend für die Zulassung dieser Ausnahme war die Erwägung, daß „bei Gewährung des Unterhalts in einer Verpflegungsanstalt (Krankenhaus, Siechenhaus usw.) die Ueberweisung der laufenden vollen Rentenbeträge, die ja dem Rentenempfänger die Bestreitung seines Lebensunterhalts ermöglichen sollten, an den für diesen Unterhalt aus eigenen Mitteln sorgenden Armenverband durchaus gerechtfertigt sei" (Begründung zum Invalidenversicherungsgesetz S. 278).

Unter der Geltung des § 49 IVG. hat das Preuß. Oberverwaltungsgericht in ständiger Rechtsübung ausgesprochen, daß eine im Wege der Armenpflege erfolgende Krankenhausbehandlung nur ausnahmsweise als „Gewährung des Unterhalts in einer Anstalt" anzusehen sei. Denn bei einer solchen Krankenhausbehandlung werde in der Regel nicht der gesamte Lebensunterhalt gewährt; sie beschränke sich vielmehr meistens auf die Gewährung von Wohnung, Kost und Heilbehandlung, während eine Fürsorge für andere Lebensbedürfnisse, z. B. für Kleidung, nicht stattfinde. Auch sei eine große Anzahl der im Krankenhause behandelten Personen genötigt, die bis dahin innegehabte Wohnung beizubehalten (zu vergleichen Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 10. Juli 1905, Arb.-Versorgg. 1905 S. 659). Fortlaufende Gewährung des Unterhalts in einer Anstalt sei nur dann anzunehmen, wenn der Rentenempfänger aus dem Erwerbsleben ausgeschieden und nur durch die unentgeltliche Gewährung sämtlicher Lebensbedürfnisse zu erhalten sei (Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 7. Juli 1906, Archiv für Arbeiterversicherung 1907 Heft 12 S. 558; zu vgl. ferner die Zusammenstellung der zu § 49 IVG. ergangenen Entscheidungen von Seelmann in der Arb.-Versorgg. 1908 S. 65 ff.). Auch bei Auslegung des § 25 GUVG. hat das Preuß. Oberverwaltungsgericht daran festgehalten, daß unter den Begriff „Unterhalt in einer Anstalt" nur diejenige Anstaltsbehandlung falle, die als fortlaufende Leistung sämtliche Lebensbedürfnisse des Verpflegten decke (Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 11. Januar 1912, Archiv für Reichsversicherung 1912 S. 85 Nr. 203).

Wie die Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung ergibt, sollte diese Rechtsprechung unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung nicht nur aufrecht erhalten, sondern auch gegen Anzweiflung gesichert werden. Es wird dort (S. 448/449) angeführt, daß in maßgebender Rechtsübung als Voraussetzung der fortlaufenden Ueberweisung der vollen Rente erfordert werde, daß der Untergebrachte in der Anstalt wirklich in allen Lebensbedürfnissen versorgt sei. Die bloße Unterbringung in einem Krankenhause werde dafür durchweg nicht als ausreichend angesehen. Auch der Entwurf erkenne den Grundgedanken der bisherigen besonderen Vorschrift als gerechtfertigt an, und zwar sowohl hinsichtlich der Begrenzung des Umfanges des Ersatzanspruchs als auch hinsichtlich des Gegenstandes und des Maßes des Zugriffs. Weiter wird hervorgehoben, daß statt des bisherigen gesetzlichen Ausdrucks „Unterhalt in einer Anstalt" zur Bezeichnung der vollen Versorgung in allen Lebensbedürfnissen nunmehr der Ausdruck „vollständiger Unterhalt in einer Anstalt" gewählt worden sei. Denn der bloße Ausdruck „Unterhalt" sei im Entwurfe schon bei Trennung der Krankenhauspflege in Krankenpflege und Unterhalt (§ 1485 des Entwurfs, jetzt § 1503 RVO.) für die nicht volle Versorgung in einem Krankenhaus, also in einem engeren Sinne verwendet. Hiernach kann es keinem Zweifel unterliegen, daß nach dem Willen des Gesetzgebers auch unter der Herrschaft der Reichsversicherungsordnung die Verpflegung in einem Krankenhause nur in seltenen Ausnahmefällen als Gewährung des vollständigen Unterhalts in einer Anstalt angesehen werden sollte. Dieser Auslegung steht die Fassung der §§ 1506 und 1536 RVO. nicht entgegen. Allerdings werden hier die Ansprüche der Krankenkassen denen der Armenverbände gleichgestellt und die Fälle der vorübergehenden und der fortlaufenden Unterstützung nicht mehr unterschieden, sondern insbesondere auch hinsichtlich des zulässigen Maßes des Zugriffs gleichbehandelt. Durch diese Aenderung sollte aber, wie die Be-

Digitized by Google

gründung a. a. O. erkennen läßt, die Auslegung des Begriffs „vollständiger Unterhalt in einer Anstalt" nicht berührt werden. Allerdings wird bei der Krankenhilfe ein vollständiges Ausscheiden des Versicherten aus dem Erwerbsleben für längere Zeit nur selten in Frage kommen, ausgeschlossen ist es aber nicht, da insbesondere § 187 Nr. 2 RVO. eine Satzungsbestimmung zuläßt, wonach die Fürsorge für Genesende, namentlich durch Unterbringung in einem Genesungsheime, bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe gestattet ist. Daß der Gesetzgeber die Gewährung des vollen Unterhalts regelmäßig nicht schon in der Unterbringung in einem Krankenhause sah, beweist auch der in § 1506 Abs. 2 RVO. enthaltene Hinweis auf § 607 daselbst, in dem lediglich „Invalidenhäuser, Waisenhäuser und ähnliche Anstalten", nicht dagegen Krankenhäuser genannt werden.

Bei dieser Sachlage hat der erkennende Senat in Uebereinstimmung mit dem Oberversicherungsamt angenommen, daß die Behandlung und Verpflegung eines Rentenempfängers in einem Krankenhaus als Gewährung des vollständigen Unterhalts in einer Anstalt im Sinne der §§ 1506, 1536 RVO. nur ausnahmsweise angesehen werden kann, nämlich dann, wenn der im Krankenhaus untergebrachte Rentenempfänger dauernd oder doch für lange Zeit vollständig aus seinen bisherigen Lebensverhältnissen und seiner Erwerbsstellung herausgerissen ist. Fehlt es an dieser Voraussetzung, so erfüllt die Verpflegung im Krankenhause den Begriff des vollständigen Unterhalts auch dann nicht, wenn dort, wie im vorliegenden Falle, dem Rentenempfänger Anstaltskleidung zur Verfügung gestellt wird oder wenn, wie es gelegentlich vorkommt, sogar ein Taschengeld zur Befriedigung kleiner Bedürfnisse gewährt wird. Ebensowenig ist entscheidend, ob der im Krankenhaus Untergebrachte Aufwendungen für die Beibehaltung seiner bisherigen Wohnung und für die Aufbewahrung seiner Habe zu machen genötigt ist oder ob er dieser Notwendigkeit überhoben ist, weil er, wie Z. unverheiratet ist und bei seinen Eltern gewohnt hat. Eine im wesentlichen gleiche Auslegung des Begriffs „vollständiger Unterhalt" findet sich in der Literatur, z. B. bei Hanow-Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. V Anm. 10 zu § 1506, Düttmann-Appelius, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung Bd. I Anm. 6 zu § 1506, Seelmann, die Ersatzansprüche der Armenverbände nach der Reichsversicherungsordnung und dem Angestelltenversicherungsgesetzes S. 42. Sie entspricht auch dem praktischen Bedürfnis insofern, als ein Arbeiter nach einem längeren Krankenhausaufenthalte häufig geraume Zeit gebrauchen wird, ehe er wieder eine neue Erwerbsstelle findet, und in der Zwischenzeit leicht von allen Mitteln entblößt sein würde, wenn seine Rente während der Dauer seiner Behandlung in voller Höhe dem Armenverbande zugeflossen wäre. Er würde dann schlechter gestellt sein, als selbst ein Strafgefangener, dem bei seinem Austritt aus der Strafanstalt ein für ihn aufgesparter Betrag seines Arbeitslohns ausgehändigt zu werden pflegt.

Vorliegendenfalls war somit der Anspruch der Armendirektion nur in Höhe der halben Invalidenrente des Z. begründet. Der Umstand, daß dieser sich mit der Inanspruchnahme der vollen Rente einverstanden erklärt hat, ist unerheblich, weil nach § 119 Ziff. 3 RVO. der Berechtigte seine Ansprüche wegen der Forderungen der nach § 1531 ersatzberechtigten Armenverbände nur in Höhe der gesetzlichen Ersatzansprüche mit rechtlicher Wirkung übertragen kann.

B. Zur Krankenversicherung.

Zum Begriff der Krankheit im Unterschiede von Altersschwäche.

Entscheidung des **Badischen Verwaltungsgerichtshofs** vom 15. Oktober 1912.

Altersschwäche als solche ist allerdings keine Krankheit. Denn unter „Krankheit" im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes ist ein anormaler Zustand, ein Zustand der Störung der normalen Körper- und Geistesbeschaffenheit zu verstehen. Das Greisenalter mit dem ihm von Natur eigenen Verfall der Kräfte und der natürlichen Rückbildung der Organe ist aber ein Zustand normaler Entwicklung des menschlichen Körpers. Dagegen sind anormale, an das Alter sich anschließende Zustände, sog. Alterskrankheiten (z. B. die Arterienverkalkung), zu den Krankheiten zu rechnen, noch viel mehr aber solche Krankheiten, die zwar nicht durch das Alter verursacht, jedoch durch das Alter erschwert werden und infolge des Alters schlimmer auftreten; denn in solchen Fällen ist die Altersschwäche nicht die alleinige Ursache der eintretenden Erwerbsunfähigkeit. Vgl. Rosin, Recht der Arbeiterversicherung, Bd. 1, S. 294; Reger Bd. 13, S. 92; Petersen, Krankenversicherungsgesetz, 5. Aufl. S. 83, Anm. 4 lit. w.

Der Kassenarzt Dr. R., der auf dem Krankenschein vom 30. September 1910 „Altersschwäche" als Krankheit angegeben hatte, bestätigt in dem späterem Zeugnis vom 3. Dezember 1911, daß er den Kläger damals an Bronchitis behandelt

Digitized by Google

hat, die „in dem Alter ihre Ursache hatte und wegen des Alters auch so in die Erscheinung trat". In seiner vom Gerichtshof erhobenen Aeußerung vom 18. Juni 1912 erklärt der Kassenarzt weiter, daß er den Mann auch nach dem 30. November 1910 auf Kosten der Kasse ärztlich behandelt und ausweislich der von der Apotheke geführten Bücher ihm Rezepte am 14. Dezember 1910, sowie am 3. und 17. Januar 1911 aufgeschrieben habe; bei dem alten Manne habe er allerdings mehr auf den Appetit als auf seine Bronchitis Rücksicht nehmen müssen.

Es liegen nun keine Anhaltspunkte für die Annahme vor, daß etwa der Kläger vor seiner Erkrankung an Bronchitis infolge Altersschwäche allein schon völlig erwerbsunfähig gewesen wäre; dies ist von der Beklagten auch nicht behauptet worden. Vielmehr ist als erwiesen anzunehmen, daß erst die zur Altersschwäche hinzugetretene Erkrankung die Erwerbsunfähigkeit herbeigeführt hat. Es lag hiernach im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes eine Krankheit vor, der Kläger hatte nach § 6 KVG. und § 18 der Verwaltungsvorschriften einen Unterstützungsanspruch für die Dauer der Erkrankung und Erwerbsunfähigkeit erworben.

Regelmäßiger Aufenthalt im Inlande (§ 313 RVO.).

Entscheidung des **Bad. Verwaltungsgerichtshofs** vom 7. Januar 1913.

Dem Beklagten, der als Pflichtmitglied aus der Kasse ausgeschieden war, seinen Wohnsitz in K. aber beibehalten hatte, konnte die Zulassung zur freiwilligen Weiterversicherung nicht versagt werden, weil er in einem benachbarten schweizer Orte in Arbeit getreten war. Denn in K., wohin er täglich nach der Arbeit von der ausländischen Betriebsstätte zurückkehrte und wo er in der häuslichen Gemeinschaft mit seiner Familie verweilte, hatte der Beklagte nach wie vor seinen Aufenthalt, der wohl auch zeitlich länger währte als sein Aufenthalt im Ausland bei der täglichen Arbeit. Der regelmäßige Aufenthalt im Inlande aber genügt, um dem vormaligen Pflichtkassenmitglied die Vergünstigung des § 27 KVG. zu erhalten (vgl. auch § 313 RVO.).

Bekanntmachung des Hamburgischen Senats betreffend die Durchführung der Krankenversicherung unständig Beschäftigter.

Vom 18. Juni 1913 (Ges.Sammlg. Abt. I Nr. 41).

Auf Grund des § 458 RVO. wird zur Durchführung der Krankenversicherung der unständig Beschäftigten, d. h. derjenigen Personen, deren Beschäftigung auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegt oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt ist, für die Stadt Hamburg und das Gebiet der Landesherrenschaften der Geest- und der Marschlande folgendes bestimmt:

§ 1. Die unständig Beschäftigten, welche nicht nach § 168 RVO. versicherungsfrei sind, haben sich selbst bei der für die Ortskrankenkassen errichteten gemeinsamen Meldestelle behufs Eintragung in das Mitgliederverzeichnis der allgemeinen Ortskrankenkasse in Hamburg unter Vorlage des polizeilichen Anmeldescheines anzumelden, wenn sie in dem die Bezirke der Stadt Hamburg und der Landesherrenschaften der Geest- und Marschlande umfassenden Bezirk der Kasse wohnen.

Versicherte, welche Mitglieder einer andern Ortskrankenkasse oder einer Betriebs- oder Innungskrankenkasse oder der hamburgischen Dienstbotenkrankenkassen geworden sind, oder ihren Wohnort in dem Kassenbezirk aufgegeben haben, oder die unständige Beschäftigung nicht nur vorübergehend aufgegeben haben, haben sich zur Löschung in dem Mitgliederverzeichnisse selbst bei der gemeinsamen Meldestelle unter Rückgabe der Karte abzumelden.

§ 2. Die Beiträge werden von den Versicherten, ihren Arbeitgebern und dem Gemeindeverband in der Weise aufgebracht, daß der Versicherte zwei Drittel des Beitrages für volle Kalenderwochen, der Arbeitgeber ein Drittel des Beitrages für jeden Tag der Beschäftigung und der Gemeindeverband ein Drittel des Beitrages für diejenige Zeit entrichtet, während welcher der Versicherte vorübergehend ohne Beschäftigung war.

§ 3. Zur Erhebung der Beiträge gibt die allgemeine Ortskrankenkasse von der Reichsdruckerei hergestellte Marken aus, und zwar für die Beiträge der Versicherten Wochenmarken und für die Beiträge der Arbeitgeber Tagesmarken. Die Marken müssen den Geldwert erkennen lassen; ihre Unterscheidungsmerkmale bestimmt im übrigen die Behörde für das Versicherungswesen.

§ 4. Die Versicherten und ihre Arbeitgeber entrichten ihre Beitragsteile durch Einkleben von Beitragsmarken in Ausweiskarten der Versicherten.

Die Ausweiskarten enthalten auf der ersten Seite einen Vermerk darüber, für welchen Zeitraum sie gültig sind. Die übrige Einrichtung bestimmt die Behörde für das Versicherungswesen. Die Versicherten haben sich die Ausweiskarte ausstellen zu lassen und im Laufe der Monate April, Juli, Oktober und Januar bei der Ausgabestelle zum Umtausch einzureichen. Sie können im übrigen gegen Entrichtung von 10 Pf. stets eine neue Karte gegen Rückgabe der alten verlangen.

Die Kosten der Herstellung, der Ausstellung und des Umtausches der Karten sind der Behörde

Digitized by Google

für das Versicherungswesen von der Kasse zu erstatten.

§ 5. Der Versicherte hat, insofern nicht auf seinen Antrag wegen seiner Mitgliedschaft zu einer Ersatzkasse seine Rechte und Pflichten als Mitglied der Ortskrankenkasse ruhen, seinen Beitragsteil für die laufende, mit dem Montag beginnende Beitragswoche am ersten Tage derselben dadurch zu entrichten, daß er in das betreffende Markenfeld seiner Ausweiskarte eine Wochenmarke der betreffenden Lohnstufe einklebt und in der Weise entwertet, daß er auf der Marke handschriftlich das Datum in Ziffern, z. B. für den 5. Januar 1905 „5. 1. 14" deutlich angibt. Zur Entwertung ist Tinte oder Tintenstift zu verwenden.

Wird dieser Verpflichtung nicht genügt, so hat derjenige Arbeitgeber, welcher den Versicherten in der Woche zuerst beschäftigt, für letzteren die Wochenmarke in das entsprechende Markenfeld einzukleben und in der vorgeschriebenen Weise zu entwerten. Der Arbeitgeber ist berechtigt, den verauslagten Betrag bei der Lohnzahlung vom Lohne zu kürzen.

Im übrigen haben die Arbeitgeber ihren unständig Beschäftigten, und zwar auch solchen, deren Rechte und Pflichten als Mitglieder der Ortskrankenkasse infolge ihrer Zugehörigkeit zu einer Ersatzkasse ihrem Antrage gemäß ruhen, am Schlusse der Beschäftigung für jeden Tag, an welchem die Beschäftigung stattgefunden, eine Beitragsmarke (Tagesmarke) der entsprechenden Lohnstufe in das dem Beschäftigungstag entsprechende Markenfeld der Ausweiskarte einzukleben und in der im Absatz 1 vorgeschriebenen Weise zu entwerten.

§ 6. Hat der Versicherte keine Ausweiskarte oder ist die Ausweiskarte ungültig, oder weigert er sich, sie dem Arbeitgeber vorzulegen, so kann dieser sie beschaffen und die Kosten bei der Lohnzahlung einbehalten.

§ 7. Die Karten, die nicht innerhalb eines Monats nach Schluß des Kalendervierteljahres bei der Behörde für das Versicherungswesen eingereicht sind, hat die Behörde von den Versicherten einziehen zu lassen.

Auf Grund der eingereichten und eingezogenen sowie der im Laufe des Vierteljahrs bei Abmeldungen zurückgegebenen Karten stellt die Behörde für das Versicherungswesen gemeinschaftlich mit der Kasse fest, für welche Zeiten keine Arbeitgebermarken eingeklebt sind. Es ist dabei, soweit möglich, zu prüfen, ob Arbeitgeber rechtswidrig das Kleben von Marken unterlassen haben, und es sind die säumigen Arbeitgeber zur nachträglichen Zahlung der Beiträge anzuhalten. Der Wert der dann noch fehlenden Arbeitgeberbeiträge ist von der Behörde für das Versicherungswesen der Kasse zu überweisen.

§ 8. Wenn die Einziehung einer abgelaufenen Karte nicht gelingt, oder wenn eine laufende Karte verloren geht oder zerstört wird (und der Versicherte nicht imstande ist, die Verwendung von Marken anderweit nachzuweisen), wird angenommen, daß der Versicherte in dem betreffenden Zeitraume keine Beitragsteile geleistet hat (§ 452). Verlorene, unbrauchbar gewordene oder zerstörte Ausweiskarten werden durch neue ersetzt. Nachweisbare Beiträge werden beglaubigt übertragen.

§ 9. Die Karte darf nur die behördlich vorgeschriebenen Angaben enthalten und keine besonderen Merkmale tragen; vor allem darf aus ihr nichts über Führung oder Leistungen des Inhabers zu entnehmen sein. Karten, die dagegen verstoßen, hat jede Behörde, der sie zugehen, einzubehalten und der Ausgabestelle der Behörde für das Versicherungswesen zu übersenden.

Niemand darf eine Ausweiskarte wider den Willen des Inhabers zurückbehalten. Dies gilt nicht für die Ausgabestelle, wenn sie die Karten zwecks Umtausch, Erneuerung oder Beitragsüberwachung zurückbehält.

§ 10. Arbeitgeber, die es entgegen den Vorschriften des § 5 Abs. 2 und 3 unterlassen, die richtigen Marken rechtzeitig zu verwenden oder zu entwerten, oder welche den Vorschriften des § 11 zuwiderhandeln, sowie Versicherte, welche sich weigern, sich eine Ausweiskarte ausstellen zu lassen oder dem Arbeitgeber vorzulegen, oder welche sie nicht rechtzeitig zum Umtausch einreichen, oder welche der Verpflichtung zur Entrichtung und Entwertung von Beitragsmarken (§ 5 Abs. 1) zuwiderhandeln, können mit Geldstrafen bis zu 20 Mk. bestraft werden.

Diese Strafen verhängt das Versicherungsamt. Auf die innerhalb eines Monats einzureichende Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt endgültig.

§ 11. Im übrigen gelten für die Versicherung der unständig Beschäftigten die Bestimmungen der §§ 441—452, 456—457 RVO.

§ 12. Die Behörde für das Versicherungswesen kann gestatten, daß die Beiträge statt durch Markenverwendung auf Grund von Listen entrichtet werden, die der Arbeitgeber oder dessen Beauftragter der Ausgabestelle einzureichen hat. Die Vordrucke zu diesen Listen und die Zeiträume, für welche sie aufzustellen und einzureichen sind, sowie die Fristen, innerhalb derer die Beiträge zu entrichten sind, bestimmt die Behörde für das Versicherungswesen.

Digitized by Google

C. Zur Unfallversicherung.

Haftung des Bauherrn für die Prämienschuld zahlungsunfähiger Unternehmer (§ 29 BUVG. und § 819 RVO.).

Entscheidung des **Bayr. Landesversicherungsamts** vom 18. März 1913.

Der Baumeister Heinrich F. in M., der jedoch nicht Mitglied der Bayr. Baugewerksberufsgenossenschaft war, kaufte am 22. März 1910 von dem Spenglermeister Karl H. einen Bauplatz in M. Er führte in der Zeit vom April bis November 1910 auf diesem Grundstücke einen Wohnhausbau auf, der dann von dem Baumeister Johann Sch. vollendet wurde und die Bezeichnung N.-straße 15 führt. Für den Bau sind im ganzen 1186,75 M. Regiebauprämien angefallen. Dieser Betrag konnte von F. wegen seiner Mittellosigkeit nicht beigetrieben werden. Die Versicherungsanstalt der Bayr. Baugewerksberufsgenossenschaft hat deshalb die Haftung des Spenglermeisters Karl H. und des Baumeisters Johann Sch. als der Bauherrn nach § 29 BUVG. in Anspruch genommen und am 13. März 1912 den Antrag gestellt, die Genannten zur Zahlung der Prämien zu verurteilen.

Der Antrag ist am 16. März 1912, also innerhalb der gesetzlichen Einjahrsfrist, beim Kgl. Landesversicherungsamt eingelaufen. Die von dieser Behörde angeordneten Erhebungen führten zu folgendem Ergebnisse: Der Kaufpreis für den Bauplatz betrug 21000 M. Auf dem Grundstücke waren die nachstehenden Hypotheken eingetragen: a) 8800 M. der Bayr. Hypotheken- und Wechselbank mit 880 M. Nebenkaution, die dieser Hypothek zugrunde liegende Forderung betrug noch 8192,80 M.; b) 1750,61 M. der Stadtgemeinde München für Pflasterungskosten; c) 5000 M. Kaufrestforderung der Eheleute K. Vom Kaufpreise wurden 1000 M. bar bezahlt, 500 M. waren am 21. Mai 1910 durch Akzept zu tilgen. Ferner übernahm der Käufer F. die Restforderung der Hypothek von 8800 M., nämlich 8192,80 M., zur dinglichen und persönlichen Haftung. Die Nebenkaution zu 880 M. blieb ebenfalls bestehen. Die Hypothek der Stadtgemeinde München übernahm der Käufer ohne Anrechnung auf den Kaufpreis, er verpflichtete sich, den von dem Verkäufer schon an die Stadtgemeinde München gezahlten Teil diesem zu ersetzen. Die Hypothek zu 5000 M. wurde nicht übernommen und im Mai 1910 gelöscht. Der Rest der Kaufpreisforderung wurde gegen 4 % Zins und hypothekarische Sicherung gestundet. Heinrich F. besaß zur Zeit des Kaufes ein Barvermögen von 4000—5000 M., ferner das Anwesen N.straße 7 in M. Hieraus wurden die Anzahlungssumme von 1000 M. sowie die Kosten der Verbriefung des Kaufvertrags vom 22. März 1910 zu 720,70 M. bestritten. Den Rest seines Vermögens will F. während des Baues von N.straße 15 eingebüßt haben. Das Anwesen N.straße 7 aber war dermaßen mit Hypotheken belastet, daß es F. so gut wie unmöglich war, auf Grund dieses Besitzes einigermaßen beträchtliche Mittel flüssig zu machen. Er erhielt auch später, als er dieses Anwesen gegen ein anderes vertauschte, nur einen Gewinn von 2000 M. Das Kgl. Landesversicherungsamt hat betreffs des Baues von N.straße 7 auch am 2. Dez. 1912 schon festgestellt, daß F. wirtschaftlich von den Bauplatzverkäufern, den Eheleuten K., abhängig war, und hat die Eheleute K. zur Bezahlung der dort angefallenen Prämien verurteilt. Auch im vorliegenden Falle, dem Baue von N.straße 15, standen die Mittel des F. in grellem Mißverhältnisse zu den durch den Kauf und die Bebauung eingegangenen Verbindlichkeiten. Die Unzureichendheit seiner Mittel mußte den F. völlig dem wirtschaftlichen Einflusse seiner Vertragsgegner unterwerfen. Der Bauplatzverkäufer Karl H. hatte den Bauplatz am 30. Oktober 1909 erst von den vorhin genannten Eheleuten K. gekauft, und zwar um 14325 M. Der Kaufpreis, um den F. die Baustelle von H. erwarb, betrug 21000 M. Tatsächlich überstieg der Kaufpreis nach Aussage des F. den wirklichen Wert der Baustelle um mindestens 4000 M. Nach dem zwischen H. und F. abgeschlossenen Kaufvertrag war der Kaufpreisrest zu 11307 M. sofort fällig, wenn die Arbeiten an dem von dem Käufer zu errichtenden Neubau den Regeln einer ordnungsmäßigen Bauführung zuwider ganz oder teilweise länger als 14 Tage unterbrochen würden. H. verpflichtete sich, mit seiner Kaufpreisresthypothek einem Baukapital zu 53000 M. im Range auszuweichen unter der Bedingung, daß der Neubau nach den bereits genehmigten Bauplänen und nach dem von beiden Teilen unterzeichneten Baubeschrieb ausgeführt werde, und daß der Baukapitalist sich ihm gegenüber verpflichte, das Baukapital nur nach den schriftlichen Anweisungen des Johann Sch. auszubezahlen (H. ist der Schwager des Sch.). H. verpflichtete sich ferner, nach Fertigstellung des Baues auch hinter ein Bank- oder Stiftungsdarlehen mit seiner Kaufpreisresthypothek zurückzutreten. Da F. die Mittel zum Bau nicht besaß, war er auf fremde Hilfe angewiesen. Die Bayr. Vereinsbank gewährte ihm zu diesem Zwecke ein Baudarlehen von 60000 M. Dieses Darlehen war mit $4^1/_2$ % zu verzinsen. Die Abschlußprovision für die Bank betrug $^3/_4$ %. Der Bauplatzverkäufer H. trat hinter diese Hypothek zu 60000 M. — statt, wie ursprünglich vereinbart war, 53000 M. — mit seiner Kaufpreisrestforderung zurück. Der Baumeister Johann Sch. übernahm für das Darlehen zu 60000 M. der

Digitized by Google

Bayr. Vereinsbank gegenüber bis zur vollständigen plangemäßen Fertigstellung des verpfändeten Anwesens die selbstschuldnerische Bürgschaft. Das Darlehen war in Raten je nach dem Fortschreiten des Baues auszahlbar. Da es aber nur in größeren Raten angewiesen wurde, brauchte F. ein Zwischenkapital. Die Firma R. in M. stellte ihm ein solches bis zu 12000 M. zur Verfügung gegen 5 % Zins und 5 % Abschlußprovision. Zur Sicherheit wurden der Firma R. die Ratenzahlungen aus dem Bankdarlehen zu 60000 M. von F. zediert. Das Bankkapital zu 60000 M. war nach dem Kaufvertrage nur nach Anweisung des Baumeisters Johann Sch. auszahlbar. Bei dem zwischen F. und der Firma R. über die Gewährung des Zwischenbaugeldes abgeschlossenen Vertrage vom 5. April 1910 wußte Johann Sch., der nach dem Kaufvertrag die Rechte des H. wahrnehmen sollte, sich selbst einen weitgehenden Einfluß auf den Bau zu sichern. In § 6 des Vertrages vom 5. April 1910 war ihm die Genehmigung der Baupläne vorbehalten, in § 11 war bestimmt, daß Zahlungen nur nach Anweisung des Sch. erfolgen sollten. In § 12 des Vertrags war dann sogar ein genauer Plan für die Auszahlung des von der Bayr. Vereinsbank — also nicht des Zwischengeldes allein — gegebenen Darlehens oder eines Teilbetrages davon zu 53000 M. aufgestellt. In einem am 6. April 1910 zwischen Sch. und der Firma R. geschlossenen Vertrage übernahm ersterer der letzteren gegenüber auch die Bürgschaft für das Zwischenbaugeld zu 12000 M. Daß Sch. bei seinen Anweisungen auf Auszahlung sowohl des Bankgeldes als auch des Zwischengeldes nicht im Auftrage der Firma R., welcher ja auch die Raten aus ersterem zediert worden waren, handelte, geht daraus hervor, daß sich in § 14 des Vertrages vom 5. April 1910 zwischen F. und der Firma R. und in § 2 des Vertrages vom 6. April 1910 zwischen Sch. und der Firma R. letztere verpflichten mußte, die Auszahlungen nur auf schriftliche Anweisungen des Sch. zu machen. Dies geht auch daraus hervor, daß Sch. der Firma R. gegenüber Bürgschaft übernommen hat. Er hat auch nach § 4 des Vertrages vom 6. April 1910 die Bürgschaft nur unter der Bedingung übernommen, daß Zahlungen an F. nur gegen seine schriftliche Anweisung erfolgen dürften, und daß das von der Firma R. zu liefernde Holz — diese Firma hatte nur unter der Bedingung, daß ihr die Hdlzlieferung für den Bau übertragen würde, das Zwischenbaugeld gegeben — nur nach schriftlichen von ihm unterschriebenen Bestellscheinen geliefert werden dürfe. Bemerkenswert für den Einfluß, den Sch. in der ganzen Angelegenheit ausübte, ist, daß er schon bei dem Verkaufe des Bauplatzes an H. als Bevollmächtigter der Eheleute K. und dann beim Verkaufe des H. an F. als Bevollmächtigter des H. auftritt. Sch. ließ sich in dem zwischen F. und der Firma R. abgeschlossenen Vertrage vom 5. April 1910 auch pekuniäre Vorteile sichern. In dem dort aufgestellten Auszahlungsplane ist unter Ziff. 21a für Ueberwachung des Baues und Ausstellung der Anweisungen ein Betrag von 662,50 M. und unter Ziff. 38a für Uebernahme der Uebersteigerungsverpflichtung ein Betrag von 265 M. eingesetzt. Es liegt auf der Hand, daß diese Posten eine Entschädigung für Sch. bilden sollten. Aus all dem geht hervor, daß in den den Kauf und die Bebauung des Grundstückes betreffenden Verträgen derartige Bestimmungen aufgenommen waren, daß dem F. bei der Unzulänglichkeit seiner Mittel die Hände völlig gebunden waren. Es war dem Bauplatzverkäufer H. und dem Johann Sch. ein so hoher Einfluß eingeräumt, daß ihnen gegenüber F. wirtschaftlich völlig unselbständig war. Anhaltspunkte dafür, daß etwa H. von seinem Schwager Sch. nur vorgeschoben war, haben sich nicht ergeben. Es muß vielmehr angenommen werden, daß Sch. einerseits die Rechte des H. vertreten und gewahrt, anderseits aber selbst sich einen hohen wirtschaftlichen Einfluß über diese Vertretung hinaus gesichert hat. Grundlagen für die Vermutung, daß Sch. diesen weiteren Einfluß als Bevollmächtigter des H. sich gesichert habe, also für H. selbst, haben sich nicht ergeben. Die beiden Beklagten hatten das Unternehmen ganz in der Hand. Sämtliche Zahlungen der Baugelder, sowohl des Zwischengeldes wie des Hauptbaugeldes standen unter dem Einflusse des Sch. und erfolgten nur nach seiner Anweisung, ebenso die Holzlieferungen der Firma R. Zu diesem Zwecke ließ Sch. den Bau durch einen Bautechniker kontrollieren. Anfangs September 1910, also nahezu ein Vierteljahr vor der Vollendung des Baues, wurde dem Bauplatzverkäufer H. ein Nießbrauch auf dem Anwesen gestellt. Die Vermögensverhältnisse des F. waren schließlich dermaßen ungünstig geworden, daß er das Anwesen nicht mehr fertig stellen konnte. Er übertrug die Fertigstellung dem Sch., der ja bis zur Vollendung des Baues der Bayr. Vereinsbank haftete. Hierfür bestellte F. dem Sch. eine Hypothek von 10000 M. für ein „Darlehen". Hierin ist wahrscheinlich noch eine Extravergütung für Sch. inbegriffen. Bezeichnend für die Vermögensverhältnisse des F. und seine Unternehmerstellung ist es, daß er im Dezember 1912 das Anwesen derelinquiert hat. Die ungünstigen Verhältnisse des F. müssen dem Sch. schon bei Abschluß des Kaufes bekannt gewesen sein, da er schon früher bei den Grundstückskäufen des F. als Bevollmächtigter des Verkäufers auftrat und F. überall bei diesen Käufen

Digitized by Google

nur ganz geringe Summen oder gar nichts anzahlte. Auch hat Sch. bei der Bebauung aller dieser Grundstücke eine Ueberwachungstätigkeit im Auftrage der Verkäufer ausgeübt. Es kann als ausgeschlossen gelten, daß Sch. seinen Schwager H. nicht über die Verhältnisse des F. unterrichtet hätte. Es steht demnach fest, daß der Bauplatzverkäufer H., sowie Johann Sch. tatsächlich die Herrschaft über den Bau ausübten und das höchste Interesse an dessen Fertigstellung hatten. Sie waren demnach zur Bezahlung der Prämienschuld des F. und zur Tragung der Kosten des Verfahrens zu verurteilen (vgl. Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1901 S. 603 Nr. 1888; Mitteil. des Kgl. Landesversicherungsamts 1902 S. 13 Nr. 868). Die beiden Beklagten haften nach der Natur des Rechtsverhältnisses als Gesamtschuldner. Der Einwand des Sch., daß im Falle seiner Verurteilung die von ihm geforderten Prämien nicht nach dem Tarife der Versicherungsanstalt (Zweiganstalt) der Bayr. Baugewerksberufsgenossenschaft, sondern nach dem Tarife für die Genossenschaftsmitglieder (Sch. ist nämlich Mitglied der Genossenschaft) zu berechnen seien, ist unbegründet. Die hier geforderten Prämien sind nicht für Arbeiten angefallen, die im Gewerbebetrieb des Sch. ausgeführt, sondern für Arbeiten, die im Regiebaubetriebe des F. geleistet worden sind. Sie werden demnach von Sch. nicht als dem Unternehmer, sondern als dem Bauherrn gefordert. Der Bauherr haftet aber für die Prämien so, wie sie gegen den Unternehmer (hier F.) festgestellt sind. Die Höhe der Prämien war nicht zu beanstanden. Die Entscheidung über die Kosten ist eine Folge der Entscheidung in der Hauptsache.

(Kälber, Zeitschr. f. Arbeiterversf.)

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Auslegung der §§ 153, 154 und 155 RVO. (Beschäftigungsort).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 29. Mai 1913.

Der von der Wach- und Schließgesellschaft „Unterweser" in Bremerhaven angestellte Wächter August B. wohnt in Lehe, fährt aber seit dem 1. September 1912 jeden Abend nach Nordenham in Oldenburg und nimmt dort den Nachtdienst wahr. Die Landesversicherungsanstalt Oldenburg beansprucht, daß für B. nach § 153 RVO. Marken ihrer Anstalt verwendet werden. Die Landesversicherungsanstalt der Hansestädte bestreitet dies und führt zur Begründung folgendes aus: B habe seinen Dienst, zu dem zweifelsohne auch das Abholen und Wiederabliefern der Kontrolluhr und der Schlüssel sowie die Berichterstattung gehöre, tatsächlich jeden Tag in Bremerhaven im Geschäftszimmer der Gesellschaft anzutreten und zu endigen. Da dem B. jederzeit auch ein anderes Revier zugewiesen werden könne, so lägen hier die Voraussetzungen des § 153 Abs. 3 RVO. vor. Abgesehen hiervon sei aber auch die Zuständigkeit der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte im vorliegenden Falle aus § 155 RVO. begründet. Der Betrieb einer Wach- und Schließgesellschaft, der sich über mehrere Gemeinden erstrecke, falle unter diesen Paragraphen, und da sämtliche Angestellte der Gesellschaft zu einer „in verschiedenen Gemeinden wechselnden Beschäftigung" angenommen seien, so müsse Bremerhaven als der Sitz der die Arbeiten unmittelbar leitenden Betriebsverwaltung als Beschäftigungsort der Angestellten gelten, auch wenn sie vorwiegend außerhalb Bremerhavens Dienst tun.

Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt Oldenburg hat hierauf erwidert, daß man das Abholen und Zurückbringen der Kontrolluhr und des Meldebuchs als eine Beschäftigung nicht werde ansehen können; sei es aber eine Beschäftigung, so würde nach § 153 Abs. 2 RVO. doch Nordenham Beschäftigungsort bleiben. Der Fall des § 153 Abs. 3 RVO. liege nicht vor, denn B. werde nicht wechselnd in verschiedenen Bezirken beschäftigt, sondern stets nur in Nordenham. Aus denselben Gründen liege auch der Fall des § 155 RVO. nicht vor.

Endlich hat noch der Vorstand der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte eine Auskunft der Wach- und Schließgesellschaft „Unterweser" vom 12. März 1913 überreicht. Danach wurde B. früher in Geestemünde beschäftigt, kam dann nach Nordenham, als dieses Revier frei wurde, und kann demnächst wieder an einen anderen Ort versetzt werden.

Dem Antrag der Landesversicherungsanstalt Oldenburg wurde vom Reichsversicherungsamt entsprochen. Gründe:

Nach § 1329 Satz 1 RVO. umfaßt die Versicherungsanstalt alle in ihrem Bezirke Beschäftigten. Dabei sind für die Bestimmung des Beschäftigungsorts die §§ 153 bis 156 RVO. maßgebend. Der letztgenannte Paragraph bezieht sich nur auf landwirtschaftliche Arbeiter und scheidet daher hier überhaupt aus. Als Regel stellt § 153 Abs. 1 den Satz auf: Beschäftigungsort ist der Ort, an dem die Beschäftigung tatsächlich stattfindet. Es kann nicht bestritten werden, daß die Beschäftigung des B. tatsächlich in Nordenham stattfindet. Wenn B. sich täglich zu dem angegebenen Zwecke in den Geschäftsräumen der Gesellschaft einfinden muß, so handelt es sich dabei um „einzelne Arbeiten von geringer Dauer", wie sie im Abs. 2 des § 153 RVO. der Beschäftigung an einer „festen Arbeitsstätte", gegenübergestellt werden. Letzteren Ausdruck hat der Gesetzgeber nach der Begründung zum Entwurfe der Reichsversicherungsordnung (S. 76) im beabsichtigten Gegensatz zu dem „Sitze des Betriebs" gewählt, sofern dieser sich an einem anderen Orte befindet. Die feste Arbeits- oder Dienststätte (Nordenham) gilt demnach als Beschäftigungsort auch während der Verrichtungen, die dem B. in den Geschäftsräumen seiner Arbeitgeberin obliegen (zu vgl. Hahn, Handbuch der

Digitized by Google

Krankenversicherung, 1. Bd. Anm. 3c und d zu § 153 RVO). Die Vorschrift des § 153 Abs. 3 RVO. trifft auf den vorliegenden Fall nicht zu, da sie voraussetzt, daß der Versicherte an der festen Arbeitsstätte gar nicht beschäftigt wird (zu vgl. der Kommissionsbericht 1. Teil S. 256). Ebensowenig kommt hier der Abs. 4 des § 153 RVO. in Betracht. § 154 a. a. O., der als Beschäftigungsort den Sitz des Betriebs gelten läßt, ist nach der Begründung zum Entwurfe (S. 76/77) nur da anzuwenden, wo wegen der kurzen Dauer und des geringen Umfanges der verschiedenen Einzeltätigkeiten überhaupt keine feste Arbeitsstatte angenommen werden kann. Dies träfe allenfalls dann zu, wenn B. den Wächterdienst in jeder Woche in einer anderen Gemeinde zu versehen hätte. Endlich ist auch § 155 RVO. hier nicht anwendbar. Denn wenn auch B. nach dem Dienstvertrage verpflichtet sein mag, sich in verschiedenen Gemeinden beschäftigen zu lassen und insofern zu einer in verschiedenen Gemeinden wechselnden Beschäftigung angenommen ist, so fehlt es hier doch an einer weiteren Voraussetzung. In den Fällen des § 155 soll nämlich als Beschäftigungsort die Gemeinde gelten, wo die unmittelbare Leitung der Arbeiten ihren Sitz hat. Neben dieser Stelle muß also noch eine Hauptverwaltung vorhanden sein. Dieses Erfordernis ergibt sich unzweideutig aus der Entstehungsgeschichte des § 5a Abs. 2 KVG., dem die jetzige Vorschrift des § 155 RVO. nachgebildet ist (zu vgl. die Kommentare von Hoffmann und Hahn zum Krankenversicherungsgesetz, Anm. 5 und Anm. 2 zu § 5a und das erwähnte Handbuch von Hahn Anm. a zu § 155 a. a. O.). In dieser Weise ist aber die Wach- und Schließgesellschaft „Unterweser" nicht eingerichtet. Demgemäß sind für B. Beitragsmarken der Landesversicherungsanstalt Oldenburg zu verwenden.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Muster einer Krankenordnung.

Im Hinblick auf viele Anfragen nach einem solchen Muster teilen wir hier die von der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Dortmund aufgestellte Krankenordnung mit einigen Aenderungen mit:

1. Vorschriften für die Meldungen. Die Mitglieder haben jede mit Erwerbsunfähigkeit verbundene Krankheit sofort, spätestens aber am zweiten Tage der Erwerbsunfähigkeit, mündlich oder schriftlich unter genauer Wohnungsangabe bei der Kassenverwaltung zu melden.

Der Krankenschein, auf dem der Arzt die Art der Erkrankung und den Beginn der Erwerbsunfähigkeit vermerkt hat, ist mit der Meldung vorzulegen.

Auswärts Erkrankte, die nicht im Besitze eines Krankenscheines sind, haben ein ärztliches Zeugnis mit entsprechenden Angaben einzusenden.

Während der Erwerbsunfähigkeit eintretende Wohnungsänderungen sind sofort (spätestens am zweiten Tage) der Kassenverwaltung zu melden.

Die Erkrankung der Familienangehörigen, welche nicht im Kassenbezirke wohnen, ist ebenfalls binnen zwei Tagen zu melden.

Die Meldung kann durch Einsendung oder Vorlegung des vom Arzte ausgefüllten Krankenscheines erfolgen.

Bei Einsendung durch die Post muß Porto für Rücksendung beigefügt werden, andernfalls unterbleibt diese.

2. Tag der Auszahlung. Erwerbsunfähige haben die Barleistungen allwöchentlich bei der Kasse in Empfang zu nehmen oder, falls ihr Zustand dies nicht erlaubt, durch andere Personen, welche sich über ihre Berechtigung ausweisen müssen, abholen zu lassen. Zur Prüfung des Ausweises ist die Kasse nicht verpflichtet.

Die Auszahlung erfolgt jeden Sonnabend morgens von $8\frac{1}{2}$—1 Uhr im Verwaltungsgebäude . . . Fällt der Sonnabend auf einen gesetzlichen Feiertag, so wird am vorhergehenden Werktage gezahlt.

Auswärtigen werden die Barleistungen auf ihre Kosten durch die Post übersandt.

3. Vorschriften für die Zahlung. Das Krankengeld wird für die abgelaufene Woche gezahlt gegen Einlieferung einer vom Kassenarzte ausgestellten Krankengeldanweisung. Dieser muß bei Mitgliedern, deren Arbeitsverhältnis noch fortbesteht, eine Bescheinigung des Arbeitgebers beigefügt werden, daß das Mitglied in der vom Arzte angegebenen Zeit nicht gearbeitet hat.

Bei Beendigung der Erwerbsunfähigkeit im Laufe der Woche wird das Krankengeld sofort ausgezahlt. Hausgeld wird an die Angehörigen gezahlt gegen Einlieferung einer Bescheinigung, welche vom Arzte der Heilanstalt unterschrieben ist. Schwangerengeld wird in derselben Weise gezahlt wie das Krankengeld; desgleichen Wochengeld gegen Einlieferung der standesamtlichen Geburtsurkunde.

Der Empfänger muß über die Arbeitsverhältnisse der Wöchnerin im letzten Jahre vor der Niederkunft Auskunft geben können.

Das Stillgeld wird neben dem Wochengelde gezahlt, gegen Einlieferung einer Zahlungsanweisung, auf der vom Kassenarzte bescheinigt ist, daß die Wöchnerin in der abgelaufenen Woche ihr Kind gestillt hat. In allen Fällen ist der Krankenschein mit vorzulegen oder mit einzusenden.

4. Aerztliche Behandlung. Erkrankte haben die Anordnungen des Kassenarztes auf das genaueste zu befolgen. Sofern der Arzt nicht anders bestimmt, haben sie sich alle drei Tage dem Arzt vorzustellen.

Für die Dauer der Erkrankung ist ein Wechsel des Arztes nicht gestattet.

Erscheint dem Erkrankten aus triftigen Gründen die Behandlung durch einen anderen Arzt notwendig, so hat er dies unter Mitteilung seiner Gründe vorher schriftlich beim Vorstande zu beantragen.

Ueberweisungen an und von Spezialärzten werden hiervon nicht berührt.

Digitized by Google

Die Mitglieder sowie deren Angehörigen sind gehalten, vor der erstmaligen Behandlung durch den Kassenarzt sich diesem gegenüber durch Vorlage des Krankenscheines, wo dieser ausnahmsweise noch nicht vorhanden, durch Vorlage von sonstigen Ausweispapieren, wie Steuerzettel, Hausstandsbuch, Militärpaß usw. und Angabe ihres Arbeitgebers oder ihrer Arbeitsstätte als Kassenmitglied oder Angehöriger auszuweisen.

Auf gewissenhafte Behandlung seitens des erwählten Arztes haben Mitglieder wie Angehörige berechtigten Anspruch. Beschwerden sind schriftlich beim Vorstande zu erheben. Nur in dringenden Fällen darf ein anderer Arzt, als der Kassenarzt, zugezogen werden. Bei fahrlässiger oder vorsätzlicher Umgehung des Kassenarztes sind die Kosten des anderen Arztes vom Mitgliede zu tragen.

5. Erfüllungsort für alle Leistungen ist der Kassenbezirk bzw. Wohnort des Mitgliedes.

Mitglieder, welche nach der Erkrankung den Kassenbezirk verlassen, ohne die vorherige Genehmigung des Vorstandes eingeholt zu haben, müssen die Kosten der ärztlichen Behandlung und Arznei selber tragen.

Ein zum Verlassen des Kassenbezirkes gewährter Urlaub darf nicht überschritten werden.

6. Die Krankenaufsicht über die mit Erwerbsunfähigkeit erkrankten Mitglieder wird durch die dazu bestimmten Krankenbesucher, die Mitglieder des Vorstandes und Ausschusses, sowie durch die Nachuntersuchungskommission und die Vertrauensärzte ausgeübt.

Außerhalb des Kassenbezirks befindliche Erwerbsunfähige haben sich außerdem der Krankenaufsicht durch den örtlichen Versicherungsträger, sofern derselbe zur Ausübung durch den Vorstand ersucht wird, zu unterwerfen.

Den Krankenbesuchern ist während des Tages und zwar von morgens 8 bis abends 9 Uhr Zutritt zu der Wohnung zu gestatten, desgleichen ist denselben der Krankenschein vorzulegen.

Die Kranken sind verpflichtet, dem Krankenbesucher jede Auskunft über Krankheit, Arzt und Arznei sowie Mitgliedschaft zu erteilen. Der Tag der Gesundmeldung oder Arbeitsfähigerklärung untersteht, sofern für diesen Tag noch Krankengeld gezahlt wird, der Krankenaufsicht.

Der Krankenschein ist nach Eintritt der Arbeitsfähigkeit sofort an die Kasse einzusenden.

Auf Anordnung des Vorstandes sind die Erkrankten verpflichtet, sich einer Nachuntersuchung durch einen Vertrauensarzt oder eine Aerztekommission zu unterziehen.

7. Verhaltungsvorschriften. Erwerbsunfähige dürfen nur in den Stunden ausgehen, die der Arzt auf dem Krankenscheine vermerkt hat.

Der Besuch von Wirtschaften und Vergnügungslokalen ist ihnen verboten. Alkoholhaltige Getränke dürfen sie nur auf Anordnung oder mit Erlaubnis des Arztes genießen.

Sie dürfen keine Arbeiten oder sonstige ihrer Genesung hinderliche Handlungen vornehmen.

Die Entnahme von Arzneien, Heilmitteln und Krankenpflegeartikeln darf nur in den zugelassenen Apotheken, Drogerien sowie bei den mit der Kasse in Verbindung stehenden Bandagisten, Optikern und sonstigen Lieferanten nach näherer Regelung durch den Vorstand erfolgen.

8. Krankenhauseinweisung. Diejenigen, welche eine vom Vorstande rechtsgültig angeordnete Krankenhaus- oder Heilanstaltspflege ablehnen, verlieren damit für die Zeit der Weigerung sämtliche Ansprüche an die Kasse.

9. Strafen und Beschwerden. Verstöße gegen diese Krankenordnung oder gegen die Anordnungen des behandelnden Arztes können in jedem einzelnen Falle mit Ordnungsstrafe bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes belegt werden.

Beschwerden hiergegen sind binnen einem Monat beim Versicherungsamt anzubringen. Dieses entscheidet endgültig.

Zur Ausführung des § 370 RVO.

soll nach einer Mitteilung der „Norddeutschen Allgem. Zeitung" der Bundesrat folgende Grundsätze beschlossen haben:

„1. Voraussetzung für den Ersatz der Naturalleistungen der Kasse an Krankenfürsorge durch ein erhöhtes Krankengeld ist eine ernstliche Gefährdung der ärztlichen Versorgung dadurch, daß die Kasse keinen Vertrag zu angemessenen Bedingungen mit einer ausreichenden Zahl von Aerzten schließen kann. Daher kann der Kasse die Ermächtigung aus § 370 nur erteilt werden, wenn die Gefährdung der ärztlichen Versorgung im Verhalten der Aerzte ihren Grund hat. Liegt der Grund in dem Verhalten der Kasse, so ist die Ermächtigung zu versagen. Dabei ist grundsätzlich daran festzuhalten, daß § 370 nicht dazu bestimmt ist, in den Streit zwischen Aerzten und Kassen über das Arztsystem zugunsten der einen oder der anderen Partei einzugreifen, sondern die ärztliche Versorgung der Kassenmitglieder für die Dauer eines vertragslosen Zustandes sicherzustellen.

2. Das Oberversicherungsamt darf nicht von Amtswegen, sondern nur auf Antrag der Kasse eingreifen.

Bei Regelung der Angelegenheit wird nach den bisherigen Erfahrungen eine Vermittlung der Versicherungsämter in manchen Fällen zweckmäßig sein.

3. Die auf Grund der Ermächtigung gewährte Barleistung bietet den Ersatz für die Krankenpflege, die nach § 182 Nr. 1 RVO. ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei sowie Brillen, Bruchbändern und kleineren Heilmitteln umfaßt, und für die sonst erforderliche ärztliche Behandlung (ärztliche Geburtshilfe, ärztliche Schwangerenhilfe, ärztliche Hilfe an die Familienangehörigen, soweit sie satzungsgemäß zu gewähren sind).

Den Krankenkassen bleibt im Bedarfsfalle zur Herstellung des Gleichgewichts zwischen Einnahmen und Ausgaben der Weg offen, durch ihre Satzungen etwaige Mehrleistungen, insbesondere die Familienhilfe, abzuschaffen oder einzuschränken oder die Beiträge zu erhöhen.

4. Die Höhe der Barleistung geht bis zu zwei Dritteln des Durchschnittsbetrages des gesetzlichen Krankengeldes der Kasse.

Das gesetzliche Krankengeld beträgt die Hälfte des Grundlohns (§ 182 Nr. 2 RVO.).

Der Durchschnittsbetrag ist in der Weise zu ermitteln, daß die Zahlen der in jeder Lohnstufe oder Klasse vorhandenen Versicherten mit den Grundlöhnen vervielfältigt, diese Summen zusammengezählt und durch die Gesamtzahl der Versicherten geteilt werden. Ist als Grundlohn der wirkliche Arbeitsverdienst festgesetzt, so sind die Grundlöhne aller Versicherten zusammenzuzählen, und ihre Summe ist durch die Anzahl der Versicherten zu teilen.

Es ist jedoch auch eine summarische Berechnung des durchschnittlichen Grundlohns etwa in folgender Weise zulässig: Hat eine Kasse vier Klassen Versicherter mit 1,50 M., 2,50 M., 3,50 M. und 4,50 M. Grundlohn, so würde der Durchschnitt des Grundlohns 12 : 4 = 3 M. betragen. Das gesetzliche Krankengeld würde hiernach 1,50 M. und der Höchstbetrag der Barleistung nach § 370 RVO. 1 M. für den Arbeitstag betragen.

Grundsätzlich soll die Barleistung den tatsächlich von dem Versicherten für Heilbehandlung und Heilmittel gezahlten oder zu zahlenden Betrag nicht übersteigen.

Es bleibt den Kassen überlassen, wie sie sich die Ueberzeugung davon verschaffen, welchen Betrag der Versicherte tatsächlich aufgewendet hat.

Digitized by Google

5. Das Oberversicherungsamt kann die Ermächtigung auch auf Teile des Bezirkes einer Kasse beschränken, falls die Kasse für die übrigen Teile ihres Bezirkes mit den Aerzten einig geworden ist.

6. Der Kasse bleibt überlassen, wieweit sie Krankenpflege usw. in natura gewähren will. Ein Rechtsanspruch auf die Barleistung besteht nur, soweit die Kasse keine Krankenpflege usw. gewährt.

7. Soweit die Kasse nicht durch eigene Aerzte oder Einrichtung einer Art Poliklinik die erforderlichen Bescheinigungen erhält, können Bescheinigungen von Kassenkontrolleuren, Gemeinde- und Gutsvorstehern, Arbeitgebern, Hebammen, Schwestern oder anderen Personen von hinreichender Zuverlässigkeit und Sachkunde, endlich Augenschein des Kassenvorstandes in Frage kommen. Schließlich bleibt bei Streit Vernehmung des Arztes als Zeugen oder Sachverständigen vor Versicherungsamt oder Gericht."

Ein Schildbürgerstücklein gegen die Reichsversicherungsordnung

haben sich deutsche Hausfrauen in Berlin in einer natürlich stürmisch verlaufenen Versammlung geleistet. Sie haben am 26. November 1913 im Café Austria beschlossen, folgende Bittschrift an den Reichstag zu richten:

> Der hohe Reichstag möge die verbündeten Regierungen ersuchen, daß der für das Inkrafttreten der Dienstbotenversicherung in der Reichsversicherungsordnung vorgesehene Termin vom 1. Januar 1914 aufgehoben werde.

Begründet soll dieser Antrag werden, einmal durch den Hinweis auf manche Zweifel über die Rechtslage, besonders auf das angeblich noch immer nicht hinreichend geklärte Verhältnis der neuen Zwangsversicherung zu den vielfach bestehenden freiwilligen Versicherungen, dann aber durch die Darlegung, daß das Gesetz der Eigenart des Dienstbotenverhältnisses ungenügend Rechnung trage. Die Dienstboten stünden als Teil der Hausgemeinschaft ihrer Dienstherrschaft ungleich näher als etwa gewerblich arbeitende Personen gegenüber dem Fabrikherrn. Sie werden besser gehalten und gesunder ernährt, seien vor Krankheit und Unfällen mannigfacher Art mehr geschützt, so daß sie für die Krankenversicherung eine ungleich kleinere Belastung darstellen, als etwa gewerbliche Arbeiter. Ferner wird das Hineintragen von Klassen- und Interessenkämpfen, die bei den Wahlen zu den Krankenkassenorganisationen so oft zu beobachten sind, in die Familie befürchtet, und dies bedeute eine starke Gefahr für den sozialen Frieden. Auch bestehe die Befürchtung, daß die Dienstboten die Wohltätigkeit der neuen Versicherung häufig ohne ernstlichen Grund in Anspruch nehmen werden, was besonders für die Frauen des Mittelstandes eine bedeutende Erschwerung ihrer häuslichen Arbeitspflicht bedeuten würde.

Man muß sagen: es war die höchste Zeit, daß Hausfrauen sich endlich zu einer rettenden Tat, zur Rettung des Kapitals, zur Wahrung des patriarchalischen Hausfriedens erhoben — fünf Wochen vor dem festgesetzten Tage des Inkrafttretens des neuen Gesetzes. Immerhin, das ist noch eine lange Zeit; bis dahin kann man wohl noch abtragen, was kurzsichtige Sozialpolitiker, eilfertige Geheimräte, böswillige Parlamentarier, rauhbeinige Kassenmenschen seit Jahren ausgedacht und aufgebaut haben. Vor aller Augen ist der Bau errichtet und manches Bedenken ist gegen ihn im ganzen oder gegen manchen Baustein errichtet worden. Nun, da er fertig war, haben im allgemeinen diejenigen, die es anging, alsbald versucht, darin heimisch zu werden, sich einzurichten, sich mit gewissen Mängeln abzufinden und die Vorteile der neuen Einrichtungen sich und ihren Mitmenschen und dem Staatswohle nutzbar zu machen. Auch die Hausfrauen im Reich — im großen und ganzen — haben sich so verhalten; sie haben sich um die Rechte und Pflichten gekümmert, die das neue Gesetz ihnen gibt, haben gerade auch im Hinblick auf die Dienstbotenversicherung tätigen Anteil an der Kassenverwaltung beansprucht und ihn, wenigstens stellenweise, durch Wahl von Hausfrauen in den Ausschuß erlangt. In Berlin aber beantragen ein paar hundert Hausfrauen — volle fünf Wochen vor dem 1. Januar 1914! — Hinausschiebung dieses für das Inkrafttreten des Gesetzes bestimmten Termins.

Ueber den Erfolg dieser Petition kann kein Zweifel sein. Sie wird am 30. Februar 1914 im Plenum des Reichstags beraten werden, zugleich mit dem Antrage einiger Anwohner des Wittenbergplatzes: der Reichstag wolle beschließen, daß der Untergrundbahnhof Wittenbergplatz binnen fünf Wochen abgetragen und am Moltenmarkt wieder aufgebaut werde.

Zur Krankenversicherung der Dienstboten.

Die Dienstboten-Krankenversicherungsvereine umwerben die Dienstherrschaften eifrig und reden ihnen zu, Mitglieder zu werden oder zu bleiben und auf Grund des § 418 (§ 435) RVO. die Befreiung ihrer Dienstboten von der Versicherungspflicht zu erwirken. Die Gründe, die dagegen sprechen, stellt Felix Clauß in Nr. 7 der „Sozialen Praxis" vom 13. November 1913 wie folgt zusammen:

Das die Dienstboten-Krankenversicherungsvereine im allgemeinen mit geringeren Beiträgen auskommen werden wie die Ortskrankenkassen, hat seinen Grund darin, daß die Dienstboten durchweg sehr günstige Versicherungsrisiken darstellen, d. h. die Wahrscheinlichkeit der Erkrankung eines Dienstboten und der dadurch notwendig werdenden Aufwendungen der Krankenkasse ist geringer als bei den übrigen Versicherten.

Würde es sich nun bei den städtischen Dienstboten um einen Stand handeln, dem der einzelne während des überwiegenden Teiles seines Lebens angehört, so würde allerdings der Einwand zutreffend sein, daß es nicht gerechtfertigt ist, wenn in der Allgemeinen Ortskrankenkasse die Dienstboten mit ihren günstigen Versicherungsrisiken die ungünstigeren Versicherungsrisiken der übrigen Arbeitergruppen mittragen helfen.

Da aber die Tätigkeit als Dienstbote für den weitaus überwiegenden Teil der weiblichen Dienstboten nur eine kürzere oder längere Zeit währt und der allergrößte Teil der weiblichen Dienstboten sich verheiratet, während ein weiterer ebenfalls nicht unbeträchtlicher Teil zur industriellen oder einer sonstigen versicherungspflichtigen Tätigkeit übergeht,

da es ferner im eigensten Interesse der Dienstboten liegt, daß sie nach ihrer Verheiratung ihre Krankenversicherung freiwillig fortsetzen, dies aber nur in den Ortskrankenkassen möglich ist,

und da endlich auf eine freiwillige Fortsetzung der Versicherung der weiblichen Dienstboten nach ihrer Verheiratung nur dann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu rechnen ist, wenn sie zur regelmäßigen Beitragsleistung bereits erzogen sind, so liegt es im wohlverstandenen Interesse der Dienstboten selbst, daß sie auch in der Zeit, in der sie günstige Versicherungsrisiken darstellen, den allgemeinen Ortskrankenkassen angehören.

Aber nicht nur die Erziehung zur regelmäßigen Beitragszahlung ist für den Dienstboten das Wertvolle, wenn er Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse ist,

Digitized by Google

sondern auch das Bewußtsein, daß er dem großen sozialen Organismus eingegliedert ist, daß er durch sein Stimmrecht bei den Kassenwahlen einen bestimmten Einfluß auf die Organe der für die weitesten Volkskreise wichtigsten Selbstverwaltungskörper ausübt.

Die Dienstherrschaften, die unsere soziale Versicherung fördern wollen, sollten deshalb dort, wo die Dienstboten den Allgemeinen Ortskrankenkassen angehören können, sie auch in diesen versichern und sie nicht von der Versicherungspflicht befreien lassen. Für sehr vorsichtige Leute dürfte sich dies übrigens auch aus dem Grunde empfehlen, weil die Vereinsmitglieder zu einem Nachschuß verpflichtet sind, falls die Ausgaben des Vereins die Einnahmen übersteigen und die Rücklage aufgebraucht ist.

Hinzu kommt noch, daß ein großer Vorteil bei den bisherigen Versicherungsvereinen, nämlich der Wegfall der Meldepflicht beim Wechsel der Dienstboten, bei den neuen Versicherungsvereinen nicht mehr existiert, ja, es muß sogar bei jedem Dienstbotenwechsel erneut der Antrag auf Befreiung des Dienstboten von der Versicherungspflicht gestellt werden, d. h. aber nichts anderes, als daß die Dienstherrschaft bei jedem Dienstbotenwechsel erneut den Nachweis zu führen hat, daß sie als leistungsfähig zur Deckung der durch die etwaige Erkrankung des Dienstboten entstehenden Aufwendnngen gilt, für Berlin also, daß ihr Jahreseinkommen noch 4500 M. oder, beim Vorhandensein eines Vermögens von 6000 M., wenigstens 4000 M. beträgt. Wenn diese Prüfung genau durchgeführt wird — und das sollte im finanziellen Interesse des Vereins doch der Fall sein — so bieten sich hier vor allem dem kleineren Mittelstande recht angenehme Aussichten.

Der Vorzug, den insbesondere der Dienstboten-Krankenversicherungsverein in Berlin für sich geltend macht, daß nämlich die Inanspruchnahme des Arztes ohne alle Formalitäten möglich sei, kann den Ortskrankenkassen allerdings nicht eingeräumt werden. Da sich jedoch in den Bundesstaaten, in denen die Krankenversicherung der Dienstboten im Anschluß an die Ortskrankenkassen schon seit vielen Jahren durchgeführt ist, gezeigt hat, daß sich auch die Hausfrauen an die bei der Inanspruchnahme der Kasse zu erfüllenden Formalitäten sehr bald gewöhnen, besonders wenn die Ortskrankenkassen in weit ausgedehnten Gemeinden für die Einrichtung von Meldestellen in den verschiedenen Stadtteilen sorgen, so dürfte auch dieser Vorzug der Versicherungsvereine kaum so ausschlaggebend ins Gewicht fallen, daß dadurch eine Befreiung der Dienstboten von der Versicherungspflicht sich rechtfertigen ließe.

Nach alledem läßt sich zusammenfassend sagen: Die endlich in Kraft tretende zwangsweise Versicherung der Dienstboten gegen Krankheit ist sowohl im Interesse der Herrschaften wie der Dienstboten aufs freudigste zu begrüßen. Die erhebliche Belastung der Herrschaften durch die neue Versicherung wird ihnen voraussichtlich baldigst wieder zugute kommen. Es ist dringend wünschenswert, daß dort, wo keine Landkrankenkassen bestehen, die Herrschaften die Dienstboten in den Ortskrankenkassen versichern und sie nicht von der Versicherungspflicht befreien lassen. Es ist endlich zu wünschen, daß die Herrschaften die Löhne um denjenigen Betrag erhöhen, der auf den Dienstboten als sein Teil an den Versicherungsbeiträgen entfällt.

Die Wißbegierde der statistischen Aemter

treibt gelegentlich seltsame Blüten. So hat ein städtisches Amt einer Krankenkasse zugemutet, Auskunft zu erteilen, wie viele von den Arbeitgebern und von den Versicherten in den Kassenorganen den bürgerlichen Parteien und wie viele der sozialdemokratischen Partei angehören.

Selbstverständlich ist ein solches Ersuchen abzulehnen. Ganz abgesehen davon, daß eine allgemeine Rechtshilfepflicht der Kassen gegenüber den Behörden einstweilen überhaupt noch nicht gilt, so kann auch der am 1. Januar 1914 in Kraft tretende § 116 RVO. die Versicherungsträger immer nur zu solchen Rechtshilfehandlungen verpflichten, die an sich in ihren Aufgabenbereich fallen. Die Kassen aber haben sich um die politische Gesinnung und Parteizugehörigkeit der Versicherten und ihrer Arbeitgeber überhaupt nicht zu kümmern. In den Kassenorganen sollen Parteitendenzen und politische Gegensätze in keiner Weise zur Erscheinung oder Geltung kommen. Es wäre der Anfang vom Ende dieses Grundsatzes, wenn nach dem politischen Glaubensbekenntnisse der einzelnen Organmitglieder geforscht würde, und einer Behörde hätte es nicht einfallen dürfen, sich der Anstiftung hierzu schuldig zu machen.

Uebersicht über die Organisation der Krankenkassen in Preußen.

Eine solche Uebersicht nach dem voraussichtlichen Stande vom 1. Januar 1914 veröffentlicht das Ministerialblatt der Handels- und Gewerbeverwaltung (S. 598, 599), gesondert für die 38 Oberversicherungsämter und die einzelnen Kassenarten. Die Gesamtzahl aller Krankenkassen als Träger der Krankenversicherung nach der RVO. (§ 225) geht von 10241 (wobei die 2038 Gemeindekrankenversicherungen mitgerechnet sind) auf 5867 zurück. Allgemeine Ortskrankenkassen sind 491 neu errichtet, 833 ausgestaltet. Es werden ferner bestehen 410 Land-, 260 besondere Orts-, 3243 Betriebs- und 630 Innungskrankenkassen. Die Ortskrankenkassen haben sich im Gesamtergebnis um 1462, die Betriebskrankenkassen um 1283, die Innungskrankenkassen um 1 (eine!) vermindert.

Im ganzen ist das Ergebnis immerhin ein erheblicher Erfolg im Sinne der Zusammenfassung des zersplitterten Kassenwesens. Weitere Absplitterungen durch Gründung neuer Betriebs- und Innungskrankenkassen sind freilich nicht ausgeschlossen.

Der Ausschluß der in Krankenkassen Versicherten bei Einkommen über 4000 M.

Ein Flugblatt über diese wichtige Frage versendet der Deutsche Werkmeister-Verband. Es handelt sich um die Anwendbarkeit der §§ 178, 314 Abs. 2 RVO. auf solche Personen, die auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes freiwillig versichert sind und vor dem Inkrafttreten des neuen Rechts, also vor dem 1. Januar 1914 die erst durch die Reichsversicherungsordnung vorgesehene Einkommensgrenze überschritten haben. § 178 sagt:

„Die Versicherungsberechtigung erlischt in allen Fällen, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen 4000 M. übersteigt."

§ 314 Abs. 2 bestimmt:

„Erfährt der Vorstand der Kasse glaubhaft, daß das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen eines versicherungsberechtigten Mitglieds 4000 M. übersteigt, so hat er diesem Mitglied alsbald mitzuteilen, daß seine Mitgliedschaft erloschen sei. Die Mitgliedschaft erlischt mit der Zustellung der Mitteilung."

Hierzu bemerkt das Flugblatt: Das Wort „übersteigt" sage deutlich, daß beide Paragraphen nur dann Anwendung finden, wenn das Einkommen nach Inkraft-

Digitized by Google

treten der Reichsversicherungsordnung, also **nach** dem 1. Januar 1914 4000 M. überstiege. Wo das Einkommen aber schon vor dem 1. Januar 1914 4000 M. „**überstiegen**" habe, sei ein Ausschluß aus der Orts- oder Betriebskrankenkasse ausgeschlossen. Die entgegengesetzte Auffassung würde eine große Härte bedeuten. Zahllose ältere Versicherte, die ihr Einkommen für die gute Erziehung ihrer Kinder verwandten, würden dann schutzlos sein, da sie in dem höheren Alter, in dem sie meist stehen, in anderen privaten Kassen keine Aufnahme mehr finden würden. Deshalb wird an die Orts- und Betriebskrankenkassen die Bitte gerichtet, das Gesetz dem klaren Wortlaut nach auszulegen.

Zur Bestätigung dessen, daß sie damit den wirklichen Sinn des Gesetzes treffen würden, ist zunächst ein Abdruck der in der „Arb.-Versorgg." 1912 S. 25 ff. abgedruckten Ausführungen des Amtsgerichtsrats **Hahn** und ferner ein Gutachten des Justizrats Dr. M. **Mayer** beigefügt. Dieser legt zunächst die Entstehungsgeschichte der erwähnten Vorschriften dar und fährt dann fort:

„Weder diese geschichtliche Entwicklung der §§ 178 und 314 RVO., noch deren Wortlaut vermögen die Auffassung zu begründen, daß der Gesetzgeber die Absicht gehabt hätte, in die bis zum 1. Januar 1914 wohlerworbenen Rechte der freiwillig Versicherten einzugreifen. Gewiß haben sich die Klagen der Aerzteschaft gegen den Zustand des geltenden Rechtes gerichtet, gewiß wollten die Antragsteller diesen Klagen Rechnung tragen und diesen Zustand beseitigen, das Gesetz wollte aber künftige, nicht vergangene Tatbestände treffen. Bei den Verhandlungen des Reichstages dachte offenbar kein Mensch an das Problem der Rückwirkung oder Nichtrückwirkung dieser Bestimmungen. Hätte man dem Gesetze rückwirkende Kraft beimessen wollen, so hätte das klar zum Ausdruck gebracht werden müssen. Dies kann insbesondere nicht, wie **Hahn** in Arb.-Versorgg. 1912 S. 25 mit Recht gegenüber **Heinemann** (Die Betriebskrankenkasse 1911 S. 243) hervorhebt, aus den Worten „in allen Fällen des § 178 RVO." gefolgert werden. Denn damit soll doch lediglich gesagt sein, daß es unter der Herrschaft des neuen Rechtes keine Ausnahmen von dem Eintritte des Erlöschens der Versicherungsberechtigung aus dem Grunde, daß das regelmäßige jahrliche Gesamteinkommen des Versicherten 4000 M. übersteigt, geben darf. Es ist damit aber nicht gesagt, daß auch Ansprüche, die unter der Herrschaft des alten Rechtes erworben worden sind, dem Schicksale des Erlöschens unbedingt verfallen müssen. Wie sehr die Reichsversicherungsordnung die wohlerworbenen Rechte Versicherungsberechtigter schont, folgt auch aus dem § 177 RVO., wo die auf Landesrecht beruhende Versicherungsberechtigung ausdrücklich aufrecht erhalten wird.

Man kann den Willen des Gesetzgebers nach rückwirkender Kraft auch nicht aus dem Wortlaut des § 314 Abs. 2, der selbstverständlich auch für die Versicherungsberechtigung der §§ 176—178 RVO. anzuwenden ist, folgern. Danach erlischt die Mitgliedschaft nicht einfach durch die Tatsache, daß das Gesamteinkommen des Mitgliedes 4000 M. übersteigt, sondern mit der Erklärung des Erlöschens der Mitgliedschaft an das Mitglied. Das Ende der Mitgliedschaft beginnt mit der Zustellung der Mitteilung. Auch diese Verpflichtung der Krankenkasse, die Mitgliedschaft des Versicherungsberechtigten dann für erloschen zu erklären, wenn sie glaubhaft erfahren hat, daß die Versicherungsberechtigung, d. h. der Anspruch auf freiwillige Begründung der Versicherung erloschen ist, enthalt nichts von einer rückwirkenden Kraft. Der § 314 Abs. 2 enthält lediglich eine Vorschrift über die versicherungstechnische Durchführung des § 178. Das hat ausdrücklich ein Regierungskommissar bei Beratung des Antrages § 192a ausgesprochen. Siehe Bericht der 16. Kommission a. a. O., S. 49. Nicht entschieden aber ist im § 314 Abs. 2 die Frage, ob die Kasse auch solche Mitgliedschaften vom 1. Januar 1914 an für erloschen erklären kann, die schon bis zum 1. Januar 1914 entstanden sind und auf einem Einkommen beruhen, das 4000 M. schon unter der Herrschaft des alten Rechtes übersteigt. Immer wieder kommt es auf die Frage an, ob das Gesetz in wohlerworbene Rechte hat eingreifen wollen oder nicht.

Ich komme daher zu folgendem Ergebnis:

1. Der Vorstand der Kasse kann Mitgliedschaften freiwillig Versicherter, die vor dem 1. Januar 1914 entstanden sind, dann nicht für erloschen erklären, wenn das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen des versicherungsberechtigten Mitgliedes schon mit Ablauf des 31. Dezember 1913 4000 M. übersteigt.

2. Diese Versicherungsberechtigungen sind wohlerworbene Rechte, an denen die Reichsversicherungsordnung nichts hat ändern wollen.

3. Nur dann, wenn erst vom 1. Januar 1914 an die Tatsache eintritt, daß das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen des Mitgliedes 4000 M. übersteigt, ist der Kassenvorstand berechtigt, die Mitgliedschaft für erloschen zu erklären."

Zur Wirksamkeit des Versicherungsamts im Einspruchverfahren nach §§ 1591 bis 1605 RVO.

äußert sich **Paul Koeppen**, erster Sekretär der Nordöstlichen Baugewerks-Berufsgenossenschaft, Sekt. I, in einem längeren kritischen Aufsatze in der „Aerztlichen Sachverständigenzeitung". Er schließt mit folgenden Worten, die über die Tendenz des Aufsatzes keinen Zweifel lassen: „Wenn man die ganze Wirksamkeit des Versicherungsamtes, wie sie der Gesetzgeber in den 15 Paragraphen der Reichsversicherungsordnung vorgesehen hat, überblickt, wird man nicht umhin können, sie nur als eine in wenigen Punkten erweiterte Tätigkeit der unteren Verwaltungsbehörde im Sinne des § 70 Abs. 2 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes aufzufassen. Nur eine Gelegenheit, sich gründlich auszusprechen, soll der Versicherte haben, nur eine Stelle, die vermöge ihres behördlichen Charakters fähig und geneigt ist, alle Aeußerungen ungetrübt und unparteiisch aufzufassen und niederzuschreiben.

Benutzt der Berechtigte diese Stelle nicht, so gereicht ihm das nicht zum Schaden. Wie wenig Bedeutung der Gesetzgeber im letzten Grunde der Tätigkeit des Versicherungsamtes beimißt, geht daraus hervor, daß ex officio vom Versicherungsamt schlechterdings nichts zu unternehmen ist, wenn der vorgeladene Versicherte zur Vernehmung nicht erscheint: mögen dann die Akten des Versicherungsträgers so lückenhaft wie nur möglich sein, so hat doch ohne weiteres das Versicherungsamt die Sache an den Versicherungsträger zurückzugeben, da für den Versicherten in dem voraussichtlich kommenden Berufungsverfahren tatsächlich auch gesorgt ist: Er wird vor dem Oberversicherungsamt Gerechtigkeit finden auch ohne eine Wirksamkeit des Versicherungsamtes.

Der Grund der Betrauung der Versicherungsämter mit der Handhabung des Einspruchsverfahrens liegt in der ihnen durch das erste Buch der Reichsversicherungsordnung zugewiesenen Stellung, die § 37 RVO. nur recht knapp formuliert: sie nehmen nach den Vorschriften des Gesetzes (der RVO.) die Geschäfte der Reichsversicherung wahr und erteilen in Angelegenheiten der Reichsversicherung Auskunft. Sie können nach den Vorschriften dieses Gesetzes die Versicherungsträger in deren Angelegenheiten unterstützen.

Digitized by Google

Die Versicherungsämter sollen das berechtigte Vertrauen aller Kreise genießen, die mit der Reichsversicherung zu tun haben. Schon klingt ein leiser Mißton in das Verhältnis der Versicherungsämter zu einem Teil der Versicherungsträger, wenn in diesem Jahre auf dem XXVII. ordentlichen Berufsgenossenschaftstage des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften zu Breslau der Vorsitzende dieses Verbandes, Direktor D. Spiecker, von „Expansionsbestrebungen" der Versicherungsämter spricht. Mag die künftige Entwicklung dahin führen, daß dieser Mißton verhallt und daß, wie es Ministerialdirektor Dr. Caspar am 26. Mai 1909 im Architektenhause auf dem außerordentlichen Berufsgenossenschaftstage verhieß, „das Versicherungsamt ein wertvolles Hilfsorgan wird, das den Berufsgenossenschaften die Erfüllung ihrer Aufgaben erleichtert."

Zur Frage der öffentlichen Arbeitslosenversicherung

hat die Arbeitsnachweiskonferenz der Vereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände am 7. November 1913 einstimmig folgenden Beschluß gefaßt:

„Die zur Arbeitsnachweiskonferenz in Hannover versammelten Mitglieder der Vereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände erheben unter Zustimmung zu den Leitsätzen des Berichterstatters, nach welchem das Bedürfnis zur Einführung einer Arbeitslosenversicherung und die Voraussetzung für ihre praktische Durchführbarkeit zu verneinen sind, gegen die Regelung einer Arbeitslosenversicherung aus öffentlichen und rechtlichen Gründen und gegen ihre Förderung aus Mitteln der Allgemeinheit entschieden Widerspruch. Die Versammlung sieht in der Steigerung der volkswirtschaftlichen Produktionsfähigkeit und damit in der Vermehrung der Arbeitsgelegenheit den wirkungsvollsten Weg zur Einschränkung der Arbeitslosigkeit und ist überzeugt, daß eine Arbeitslosenversicherung auf obiger Grundlage diese Steigerung der Produktivität erheblich erschweren müßte. Die Unternehmerschaft muß, nachdem soeben erst die Reichsversicherung und das Reichsgesetz über die Angestelltenversicherung ihr namhafte Opfer auferlegt hat, die Uebernahme weiterer aus einer Arbeitslosenversicherung ihr zugemuteten Lasten ablehnen. Die Konferenz warnt auf das nachdrücklichste vor den für die Volkswirtschaft verhängnisvollen Folgen, die aus einer Ueberspannung des Versicherungsgedankens zu einer immer weiter gehenden Verminderung der Selbstverantwortlichkeit sich ergeben. Sie wendet sich endlich entschieden gegen die Förderung des sogenannten Genter Systems, weil dieses eine einseitige Stellungnahme zugunsten der der Arbeiterschaft feindlichen Kampfgewerkschaften der Arbeiter bedeutet. Aus diesem Grunde bedauern die Arbeitgeber auf das lebhafteste die Stellungnahme der königlichen bayerischen Staatsregierung, die in mehrfachen Erklärungen diese Versicherungseinrichtungen empfohlen und gefördert hat."

Wenn diese Erklärung etwas bezeugt, so ist es das, daß die Arbeitslosenversicherung marschiert. Gewiß wird sie nicht in Eilmärschen fortschreiten, und kein ernster Mensch kann wünschen, daß sie sich überstürze. Ein so schwieriges und verwickeltes Problem kann nur langsam und vorsichtig und vor allem nicht überall nach einem einheitlichen Schema, sondern nur unter Berücksichtigung der besonderen örtlichen Verhältnisse seiner Lösung entgegengeführt werden. Dieser Gang der Dinge wird der Beschluß der Arbeitgeberverbände, der namentlich in dem auf das Genter System bezüglichen Satze Voreingenommenheit und Engherzigkeit verrät, nicht verhindern und kaum wesentlich aufhalten.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

a) Entrichtung von Kassenbeiträgen für den Tag der Abmeldung. b) Wochengeld und Krankengeld. c) Beitragsfreiheit während des Bezugs von Wochengeld.

1. Nach Bünde. Antwort: a) Auch für den Tag der Abmeldung selbst ist der Kassenbeitrag zu entrichten. Denn die Beiträge sind nach § 52 Abs. 1 Satz 4 KVG. solange fortzuzahlen, „bis die vorschriftsmäßige Abmeldung erfolgt ist," und nach § 397 Abs. 1 RVO. „bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung," was sachlich dasselbe besagt, nämlich bis zu dem Zeitpunkt, in welchem abgemeldet wird. Daraus folgt, daß, da die Beiträge mindestens für einen vollen Tag zu entrichten sind, auch noch für den Tag der Abmeldung gezahlt werden muß. Ueber diesen hinaus sind die Beiträge dann zu zahlen, wenn die Satzung bestimmt, daß sie im voraus für volle Wochen erhoben werden, und wenn die Abmeldung nicht vor dem Fälligkeitstage erfolgt (§ 52 Abs. 3 KVG., § 397 Abs. 4 RVO.). Allerdings kann für diesen Fall die Satzung ausdrücklich vorschreiben, daß für die Woche, in deren Verlauf die Abmeldung stattfindet, kein Beitrag entrichtet zu werden braucht. Andererseits ist, sofern die Satzung keine abweichende Vorschrift enthält für die laufende Woche nicht zu zahlen, wenn nachträgliche Beitragsentrichtung vorgesehen ist. (Vgl. Hahn, Krankenversicherung, Anm. 4 zu § 397.)

b) Daß Wochengeld und Krankengeld nicht gleichzeitig nebeneinander beansprucht werden können, wird in § 195 Abs. 3 RVO. ausdrücklich gesagt. Streitig ist aber, von wann ab der Krankengeldbezug, wenn die Wöchnerin krank wird, zu rechnen ist. Hahn, Krankenversicherung, Anm. 7 zu § 195, meint, daß die Bezugsdauer für das Wochengeld von der Niederkunft ab ununterbrochen laufe, auch wenn Krankheit hinzutrete. Demnach wäre unter Umständen für die ersten acht Wochen Wochengeld und dann noch für die weiteren 26 Wochen Krankengeld zu gewähren. Dagegen vertritt Hoffmann in seinem Kommentar, Anm. 6 Abs. 2 zu § 195, die Ansicht, daß, sobald Krankheit hinzutrete, das Wochengeld fortfalle und statt seiner Krankengeld zu gewähren sei. Einig sind beide darüber, daß die

Digitized by Google

Dauer des Wochengeldbezuges nicht auf die Dauer der Krankenhilfe angerechnet werden dürfe.

c) Während des Bezuges des Wochengeldes besteht Beitragsfreiheit (§ 383 Abs. 2 RVO.), auch wenn die Wöchnerin tatsächlich wieder arbeiten sollte. Die Erwerbsunfähigkeit wird hier vom Gesetz fingiert. In diesem Sinne wurde schon bisher § 54a KVG. ausgelegt (vgl. Hahn, Anm. a zu § 54a KVG.), und die Reichsversicherung bringt darin keine sachliche Aenderung.

Verfahren, wenn in einer Wahlabteilung keine Wahlvorschläge eingehen.

2. Nach Wallmerod. Frage: Unsere Ortskrankenkasse ist zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet. Der Vorstand hat bei Aufstellung der Wahlordnung die Bestimmung, betreffend Aufstellung einer eigenen Vorschlagsliste, nicht aufgenommen und hat auch eine solche Liste nicht aufgestellt. Der Kassenbezirk ist in vier Wahlbezirke eingeteilt, von denen aus einem Bezirk seitens der Arbeitgeber und aus einem anderen Bezirk seitens der Arbeitnehmer keine Vorschlagsliste für die Ausschußwahlen eingegangen ist. Was soll nun geschehen, da der Vorstand bis jetzt keine Vorschlagsliste aufgestellt hat? Kann er dieses jetzt noch nachträglich, oder ist die Gesamtwahl etwa ungültig? Oder werden die fehlenden Ausschußmitglieder aus den Ersatzmännern der anderen Bezirke entnommen?

Antwort: Auch der Vorstand ist bei Aufstellung eines eigenen Wahlvorschlags an die Einreichungsfrist gebunden. Das ergibt sich deutlich aus § 5 der Musterwahlordnung. Es ist also nicht zulässig, daß der Vorstand die fehlenden Wahlvorschläge noch jetzt aufstellt und auf diese Weise gewissermaßen die Ausschußmitglieder für die in Betracht kommenden Bezirke ernennt, zumal die Satzung die Aufstellung eines Vorschlags durch den Vorstand überhaupt nicht vorsieht. Von einer Ungültigkeit der Gesamtwahl kann deshalb nicht die Rede sein. Es liegt aber auch keiner derjenigen Fälle vor, in denen nach § 19 der Musterwahlordnung Ersatzmänner einzutreten hätten. Vielmehr wird nach § 379 Abs. 1 RVO. zu verfahren sein. Die Wähler der betreffenden Gruppe in den beiden Wahlbezirken haben eine unerläßliche Voraussetzung der Wahl bewußt nicht erfüllt. Das ist einer Verweigerung der Wahl gleich, so daß das Versicherungsamt die für den Wahlbezirk fehlenden Vertreter bestellt. Der Fall zeigt, wie wichtig es ist, in die Wahlordnung eine Vorschrift aufzunehmen, wonach der Vorstand einen eigenen Wahlvorschlag aufzustellen hat (§ 7 Abs. 1 Musterwahlordnung).

Rechtslage freiwilliger Mitglieder bei Ausscheidung von Kassenteilen.

3. Nach Idstein. Frage: Die gemeinsame Ortskrankenkasse Idstein wird mit dem 1. Januar 1914 zur allgemeinen Ortskrankenkasse ausgestaltet. Zur Kasse gehörten seither eine Anzahl Gemeinden des Kreises Limburg, welche mit dem 1. Januar 1914 der neu zu errichtenden allgemeinen Ortskrankenkasse Limburg zugeteilt werden. Wir bitten um Auskunft: Muß die Kasse Limburg auch die in den ausscheidenden Orten wohnenden freiwilligen Mitglieder übernehmen? Muß die Kasse Limburg für die am 1. Januar 1914 schwebenden Unterstützungsfälle in den ausscheidenden Orten von diesem Tage ab aufkommen? Falls die freiwilligen Mitglieder in der Kasse Idstein verbleiben, kann diese an Stelle von Arzt und Arznei vom 1. Januar 1914 ab das halbe Krankengeld zahlen, weil diese Mitglieder dann außerhalb des Kassenbezirks wohnen?

Antwort: Die der Limburger Kasse zugeteilten Bezirke werden aus der Idsteiner Kasse ausgeschieden. Gemäß § 298 Abs. 2 RVO. sind auf diesen Fall die §§ 286–297 anzuwenden. Nach § 289 haben die von der Ausscheidung betroffenen versicherungsberechtigten Mitglieder das Recht auf Mitgliedschaft bei der aufnehmenden, d. i. bei der Limburger Kasse. Diese darf sie nicht zurückweisen, auch nicht etwa den Nachweis der Gesundheit fordern usw. Aus der Idsteiner Kasse scheiden sie ohne weiteres aus. Damit erledigen sich die erste und die dritte Frage. Die zweite Frage aber ist nach § 212 dahin zu beantworten, daß für die schwebenden Unterstützungsfälle die Limburger Kasse nach ihrer Satzung einzutreten hat.

Verträge der Kassen mit Aerzten werden durch das Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung nicht ohne weiteres hinfällig.

4. Nach Nossen. Antwort: Der Vertrag der Kasse mit ihren Aerzten wird durch das Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung und die Aufhebung des Krankenversicherungsgesetzes nicht ohne weiteres hinfällig, wenn nicht etwa der Vertragsinhalt ergibt, daß der Vertrag nach dem Willen der Beteiligten die Geltung des Krankenversicherungsgesetzes zur Voraussetzung hat (vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf. S. 514, Vorbem. 5 und Arb.-Versorgg. 1911 S. 615 ff.). Daß dieser Ausnahmefall vorliege, können wir aus dem uns mitgeteilten Auszug aus dem Vertrage nicht ersehen. Deshalb müssen Ihre Aerzte, wenn sie nicht drei Monate vor dem 1 Oktober 1913 gekündigt haben, den Vertrag noch bis Ende September 1914 aushalten.

Unfallrente des alten Rechts als Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung?

5. Nach Darmstadt. Frage: In einer Unfallsache wurde durch Bescheid vom 28. Juli 1911 dem Verletzten vom 12. Juli 1911 ab eine 100%ige Rente für die Dauer der ambulanten Behandlung festgesetzt, die ab 1. September 1911 auf 20% ermäßigt wurde. Der Bescheid über diese Herabsetzung der Rente wurde dann mit Berufung angefochten und durch ein am 1. November 1911 ergangenes, am 18 desselben Monats zugestelltes Schiedsgerichtsurteil eine 25%ige Rente — statt 20% — festgesetzt. Rekurs hiergegen hat die Genossenschaft nicht erhoben. Durch Bescheid vom 28. Februar 1912 erfolgte dann eine Ermäßigung dieser Rente auf 15%. Die dagegen erhobene Berufung wurde durch Urteil vom 11. April 1912, zugestellt am 23. desselben Monats, verworfen. Rekurs wurde nicht erhoben. Patient bezieht diese 15% eben noch. Ist diese Rente als „Dauerrente" im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen.

Antwort: Die Feststellung der Rente von 15% ist unter der Herrschaft des alten Rechts erfolgt. Eine solche Rente ist nach den Grundsätzen, welche das Reichsversicherungsamt in dem Bescheide vom 8. April 1913 in wesentlicher Uebereinstimmung mit dem Kommentar von Moesle-Rabeling ausgesprochen (Arb.-Versorgg. 1913 S. 394, 396) und gelegentlich auch schon in der Spruchpraxis angewandt hat, dann als Dauerrente im Sinne der Reichsversicherungsordnung anzusehen, wenn sie nach Ablauf von zwei Jahren seit Rechtskraft der ersten endgültigen Rentenfeststellung festgestellt worden ist. Diese zweijährige Frist war bei Feststellung der Rente von 15% keinesfalls abgelaufen; also kann von einer Dauerrente nicht die Rede sein.

Versuch, entgegen dem § 418 RVO. die Befreiung nur eines Teiles der Arbeiter zu erwirken.

6. Nach K. A. Frage: Ein Großgrundbesitzer beabsichtigt gemäß § 418 RVO. für seine sämtlichen in

Digitized by Google

der Landwirtschaft beschäftigten Arbeiter die Befreiung von der Versicherungspflicht zu beantragen. Das Versicherungsamt wird diesem Antrage voraussichtlich stattgeben, da es sich um einen sehr leistungsfähigen Besitzer handelt. Sobald der Antrag genehmigt ist, beabsichtigt der Besitzer mit einem Teil seiner Leute wieder der Landkrankenkasse beizutreten. Gemäß § 419 erlischt die Befreiung nur dann, wenn der Arbeitgeber seine sämtlichen Befreiten zur Kasse anmeldet. Es würde dadurch der Fall eintreten, daß ein Teil der Arbeiter eines Gutes von der Versicherungspflicht befreit ist und ein anderer Teil der Landkrankenkasse angehört. Besteht wirklich die Möglichkeit, daß auf diese Weise bei der Landkrankenkasse unter Umständen nur alte und kranke Leute angemeldet werden, die gesunden dagegen von der Versicherungspflicht befreit bleiben?

Antwort: Diese Möglichkeit besteht nicht. Aus § 419 folgt allerdings, daß die Befreiung nicht erlischt, wenn der Arbeitgeber nur einen Teil seiner Arbeiter anmeldet; dagegen folgt daraus nicht, daß eine solche Teilanmeldung zulässig sei. Vielmehr ergibt sich aus § 418 die Unzulässigkeit ganz klar; der Vorstand hat also die Teilanmeldung zurückzuweisen oder, wenn darauf bestanden wird, zu widerrufen (vgl. Hahn Handb. der Krankenverf. S. 596 Anm. 2c und 3 zu § 418 gegen Hoffmann Anm. 10). Es darf erwartet werden, daß die Behörden solchen Versuchen, das Gesetz zu umgehen, entschieden entgegentreten werden.

Bestehende Krankheit hindert nicht die Begründung der Pflichtmitgliedschaft bei der Kasse.

7. **Nach Mettmann.** Frage: Ist die Kasse nicht berechtigt, die Aufnahme einer versicherungspflichtigen Frau abzulehnen, wenn sie nur deshalb die Beschäftigung annimmt, um sich unmittelbar darauf einer kostspieligen Operation zu unterziehen. Die Frau hat sich selbst Personen gegenüber geäußert, sie müsse sehen, Mitglied der Kasse zu werden usw. Kann sich die Kasse hier nicht in irgendeiner Weise schützen?

Antwort: Von einer Ablehnung der Aufnahme kann nicht die Rede sein, weil es ja einer Aufnahme überhaupt nicht bedarf. Wenn die Frau ernstlich — nicht bloß zum Schein — in versicherungspflichtige Beschäftigung tritt und wirklich Arbeit leistet, also nicht etwa nur einen erfolglosen Arbeitsversuch unternimmt, so wird sie kraft Gesetzes Mitglied der Kasse.

§ 125 RVO. gilt auch für Fristen, die rückwärts zu berechnen sind.

8. **Nach L.** Antwort: § 125 RVO. gilt auch, wenn eine Frist von einem bestimmten Tage zurückzurechnen ist, also auch bei der Vorschrift der Wahlordnung, daß Wahlvorschläge spätestens zwei Wochen vor dem Wahltage eingereicht sein müssen. Der Wahltag, der 8. November, ist ein Sonnabend; mithin ist der am Sonnabend den 25. Oktober eingegangene Wahlvorschlag rechtzeitig.

Behandlung schwebender Versicherungsfälle bei einer neu errichteten Allgemeinen Ortskrankenkasse

9. **Nach Mülheim-Rhein.** Antwort: Der Satz in Ihrer Satzung, daß für Versicherungsfälle, in denen am 1. Januar 1914 die Leistungspflicht der Kasse nach altem Recht fortdauert, von dieser Zeit an die neuen Bestimmungen gelten, soweit sie dem Berechtigten günstiger sind, lehnt sich an Art. 30 Einf. Ges. z. RVO. an, geht aber insofern darüber hinaus, als Art. 30 sich nur auf günstigere Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, jener Satz dagegen auch auf günstigere Satzungsbestimmungen bezieht. Der Satz paßt aber insoweit wohl für eine Kasse, die über den 31. Dezember 1913 fortbesteht und ihre Satzung ändert, nicht dagegen für eine neu errichtete Kasse. Vgl. auch die Einleitung zur Mustersatzung, wo eine entsprechende Vorschrift nur für die ausgestaltete, nicht für die neu errichtete allgemeine Ortskrankenkasse vorgesehen ist. Bei einer neu errichteten allgemeinen Ortskrankenkasse sind schwebende Unterstützungsfälle nach § 212 RVO. zu behandeln. Diese Vorschrift ist zwingend; eine abweichende Satzungsbestimmung ist ungültig. Die Kasse hat also lediglich nach ihrer Satzung weiter zu leisten, gleichviel ob diese dem Versicherten günstiger oder ungünstiger ist. Danach ändert sich gegebenenfalls auch der für die Leistung maßgebende Grundlohn und die Lohnklasse oder Lohnstufe (anders als im Fall einer Satzungsänderung nach § 211).

Erstattung der Kosten durch die Krankenkasse für die polizeiliche Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt.

10. **Nach W. 100.** Antwort: Die Krankenkasse muß im vorliegenden Falle dem Armenverband auch die Kosten für die Beförderung des geisteskranken Mitgliedes und für dessen Begleiter erstatten. Es mag sein, daß der Kranke zunächst im Interesse der eigenen und der öffentlichen Sicherheit der Anstalt von der Polizei zugeführt worden ist. Andererseits war aber die Ueberführung auch zwecks irrenärztlicher Behandlung notwendig, und dies ist entscheidend für die Ersatzpflicht der Kasse. Für sie ist es dann unerheblich, wenn es sich zugleich um eine polizeiliche Sicherheitsmaßregel handelte (vgl. Preuß. Oberverwaltungsgericht in Arb.-Versorg. 24 S. 220. Hahn, KVG. Anm. 2a zu § 57).

Beseitigung der Beitragspflicht bei Kassen, deren Schließung bevorsteht. Verfahren, wenn eine Satzungsvorschrift zu Unrecht genehmigt ist.

11. **Nach Bielefeld.** Antwort: Allerdings hat das Preuß. Oberverwaltungsgericht unterm 10. April 1913 entschieden, daß Kassen, deren Schließung in Aussicht steht, die Beiträge ganz beseitigen können, um Ueberschüsse über die gesetzliche Rücklage zu verbrauchen (Arb.-Versorgg. 1913 S. 511). Wenn aber die Rücklage den gebotenen Betrag nicht erreicht, so darf die Satzungsvorschrift, durch welche die Zahlung von Beiträgen beseitigt wird, nicht genehmigt werden. Ist die Genehmigung gleichwohl erteilt, so ist von Amts wegen das Verfahren aus § 48a KVG. in die Wege zu leiten; ein einfacher Widerruf der erteilten Genehmigung ist nicht zulässig. Der Ortskrankenkasse, der das Restvermögen der Betriebskrankenkasse nach deren Schließung zufallen wird, steht ein eigentliches Beschwerde- oder Antragsrecht behufs Beseitigung der unzulässigen Satzungsvorschrift nicht zu; doch könnte sie sich immerhin, wenn der Regierungspräsident nach § 48a einzuschreiten ablehnt, an den Handelsminister wenden, um den Regierungspräsidenten zum Einschreiten zu veranlassen. Da aber bis zur Durchführung des Verfahrens Wochen vergehen würden, und die Wiederherstellung der Beitragserhebung keine rückwirkende Kraft haben würde, so erweist sich ein Vorgehen als praktisch erfolglos.

Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung.

Unter Mitarbeit
von
Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Dippe**, Amtsgerichtsrat J. **Hahn**, Wirkl. Geh. Ober-Regierungsrat Dr. **Hoffmann**, Geh. Reg.-Rat und Vortragender Rat im Reichsamt des Innern Prof. Dr. **Laß**, Rat Dr. **Olshausen**, Geh. Hofrat Prof. Dr. **Rosin**, Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. **R. Weymann**, Geh. Regierungsrat Dr. **Zacher** und anderen namhaften Fachmännern
herausgegeben von
A. Troschel.

XXX. Jahrgang. **21. Dezember 1913.**

Redaktion:	Nr. 36	Verlag und Expedition:
Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.		Verlag der Arbeiter-Versorgung A. Troschel, Berlin-Lichterfelde.

Anspruch auf Kassenleistungen wegen einer beim Eintritt in die Versicherung bereits bestehenden Krankheit.

Von Amtsgerichtsrat **Hahn** in Zehlendorf (Berlin).

In zahlreichen Fragen des Krankenversicherungsrechts weichen die Entscheidungen der höchsten Verwaltungsgerichtshöfe, die bisher auf diesem Gebiete je für ihren Bereich das letzte Wort zu sprechen hatten, voneinander ab. Mit ganz ungewöhnlicher Einmütigkeit aber haben sie bisher auf Grund der §§ 6, 26 Abs. 1 KVG., insbesondere verglichen mit § 4 Abs. 3, § 19 Abs. 3, § 63 Abs. 2, den Grundsatz zur Geltung gebracht, daß für versicherungspflichtige Personen — anders als für freiwillig beitretende — der Anspruch auf die gesetzlichen Leistungen (Regelleistungen) mit dem Zeitpunkt beginnt, in welchem sie Mitglieder der Kasse geworden sind, auch wenn sie zu dieser Zeit bereits krank sind. Ist dies für das bisherige Recht richtig, so muß es auch nach den entsprechenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in §§ 182, 206, verglichen mit § 310 Abs. 2, gelten. In den Kommentaren und der sonstigen Literatur zum alten und zum neuen Recht ist bisher, soweit ich sehe, jener Grundsatz nicht angefochten worden.

Bisher, oder genauer bis zum August 1913. Denn im Augustheft der „Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung" (Bd. 1 Sp. 257 ff.) wendet sich Oberverwaltungsgerichtsrat Dr. Weymann in ausführlichen Erörterungen gegen die unangefochten herrschende Auffassung und bekämpft sie unter juristischen und sozial-ethischen Gesichtspunkten mit großem Eifer, aber — wie ich gleich vorweg bemerken will — in beiden Richtungen in recht unglücklicher Weise. Ich will versuchen, den Grundgedanken seiner Ausführungen zu folgen und sie zu widerlegen.

I. Mit Weymann bin ich der Meinung, daß eine Abhandlung über die Streitfrage nicht der Ort sein kann, die schwierige Frage nach dem Wesen — der Rechtsnatur — der Arbeiterversicherung aufzurollen. Gleichwohl geht er auf rechtsgeschichtliche Vorgänge und auf die Terminologie des Gesetzes ein, um darzutun, daß man Fürsorge durch Versicherung gewollt habe, daß man also mit Realitäten rechne, wenn man die Arbeiterversicherung als Versicherung auffasse, und daß man Beweise fordern dürfe, wenn Abweichungen vom innersten Wesen der Versicherung behauptet werden, die weder ausdrücklich im Gesetz angeordnet seien, noch sich als Folgerungen aus dem eigentlichen Wesen der Arbeiterversicherung oder den besonderen Formen ihrer Ausprägung mit Notwendigkeit ergeben. Sicher enthält die Annahme, daß ein Versicherungspflichtiger, der bereits krank in die Versicherung eintritt, gleichwohl sofort Anspruch auf die Kassenleistungen haben soll, eine Abweichung vom innersten Wesen der Versicherung, die doch nur für künftig eintretende Versicherungsfälle vorsorgen will. Wird nun Weymann seine Grundauffassung vom Wesen der Arbeiter-„Versicherung"

Digitized by Google

revidieren, wenn der Nachweis gelingen sollte, daß jene Abweichung durch Wortlaut, Sinn und Zusammenhang der Gesetzesvorschriften tatsächlich geboten und auch in der besonderen Natur der Kranken-„Versicherung" begründet ist?

Ich lege kein entscheidendes Gewicht auf den Wortlaut des § 6 KVG., § 182 RVO., wonach die Krankenhilfe vom Beginn der Krankheit an zu gewähren ist; aber es ist doch ein starkes Stück, wenn Weymann glaubt, die Berufung auf diese Fassung des Gesetzes mit folgender Ausführung abtun zu können:

> „Zu solcher Berufung ist nur der berechtigt, der entschlossen ist, sich dem Wortlaut wirklich zu unterwerfen. Das tut niemand. Aus dem Wortlaut folgt unausweichlich die Notwendigkeit, die Kassenleistungen auch für Zeiten zu gewähren, die vor dem Eintritt in die Kasse liegen, wenn der Beginn der Krankheit davor liegt. Setzt man sich einmal über den Versicherungsgedanken hinweg, dann ist diese Folgerung durchaus keine Ungeheuerlichkeit. Gilt es nur Fürsorge: die hatte der Versicherte zur Zeit, da er keine Arbeit hatte, noch nötiger als nachher; also weshalb nicht nachzahlen? Die mögliche Ueberlastung der Kasse kann man nicht entgegenhalten; der steuert das Gesetz durch Beschränkung der Kassenleistungen auf 26 Wochen, und diese Frist bleibt dieselbe, ob man die Leistungen mit der Mitgliedschaft oder vor- oder nachher beginnen läßt. Also jene Folgerung aus dem Wortlaut kann nicht einfach als unvernünftig oder als dem Gefüge des Gesetzes widersprechend abgetan werden. Aber niemand zieht sie; nie ist auch nur die Möglichkeit erwogen worden, sie zu ziehen. Der Versicherungsgedanke übt eine unbewußte Wirkung auch da, wo er abgelehnt wird."

Bringt man hinreichend guten Willen auf, um das noch ernst zu nehmen, so muß man es jedenfalls möglichst kurz abtun. Steht es denn nicht ausdrücklich im Gesetz, daß für die Versicherungspflichtigen der Anspruch auf die Regelleistungen — und auch auf die Mehrleistungen, wenn eine Wartezeit dafür nicht bestimmt ist — mit ihrer Mitgliedschaft beginnt (§ 26 KVG., §§ 206, 208 RVO.)? „Mit ihrer Mitgliedschaft", also nicht früher, nicht für die vergangene Zeit!

Aber freilich auch nicht später; hier ist der Punkt, wo dem Wortlaut des Gesetzes schon größeres Gewicht beizumessen ist für unsere Frage. Aus dem Zusammenhalt des § 6 mit § 26 KVG., wie des § 182 mit §§ 206, 208 RVO., ergibt sich, daß die Vorschrift, wonach die Krankenhilfe „vom Beginn der Krankheit an" zu gewähren ist, ihre Begrenzung und nähere Bestimmung erhält durch die andere Vorschrift, wonach der Anspruch auf Krankenhilfe „mit der Mitgliedschaft", also sofort entsteht, auch wenn der Beginn der Krankheit in die Vergangenheit fällt. Ich verkenne nicht, daß sich gleichwohl noch ein Bedenken aufdrängt. Man könnte im Hinblick auf § 26 Abs. 3, § 26a Ziff. 4 KVG., §§ 207, 208 RVO. vielleicht sagen: die Vorschrift, daß der Anspruch auf Kassenleistungen für Versicherungspflichtige mit ihrer Mitgliedschaft entsteht, bedeute nur, daß insoweit eine Wartezeit nicht eingeführt werden dürfe; wie aber die Wartezeit anerkanntermaßen den Sinn habe, daß für einen vor ihrem Ablauf eintretenden Versicherungsfall jeder Anspruch, auch für die Zeit nach Ablauf der Frist, ausgeschlossen ist (Entsch. des Preuß. OVG. 22 S. 358, Arb.-Versorgg. 1892 S. 203), so habe die Vorschrift, daß für die gesetzlichen Leistungen an Versicherungspflichtige eine Wartezeit nicht eingeführt werden darf, nur den Sinn, daß der Anspruch alsbald für jeden vom Beginne der Mitgliedschaft ab eintretenden Versicherungsfall entstehe, während ein vorher eingetretener Fall keinen Anspruch erzeuge, auch nicht für die in die Mitgliedschaft hineinreichende Zeit der Krankheit. Solche Argumentation hat aber nur einen Schein für sich. Das Preuß. Oberverwaltungsgericht hat (in der erwähnten Entsch.) eingehend erwogen, ob die Einführung einer Karenzzeit für freiwillig Beitretende (§ 26a Ziff. 4 KVG.) den Anspruch aus einem vor Ablauf der Frist eintretenden Versicherungsfalle nur zeitlich beschränke oder gänzlich ausschließe; und der Gerichtshof hat die gänzliche Ausschließung jedes Anspruchs aus der rechtsgeschichtlichen Entwicklung und aus dem besonderen Zwecke jener Wartezeit hergeleitet, der dahin geht, den Kassen — gegenüber freiwillig beitretenden — einen Schutz gegen übermäßige und unbillige Inanspruchnahme zu gewähren. Daß demgegenüber für Versicherungspflichtige das Recht auf die Mindestleistungen der Kasse alsbald mit der Mitgliedschaft beginnt, ist in der Entscheidung bestätigt. Ich verweise auf deren Begründung, um zu der Erwägung überzugehen, deren zwingende Bedeutung Weymann in recht eigenartiger Weise umgehen zu können geglaubt hat.

Digitized by Google

Gleichfalls um die Kassen gegen übermäßige und unbillige Inanspruchnahme durch freiwillig Beitretende zu schützen, bestimmt das Gesetz, daß eine Erkrankung, die beim Beitritt bereits besteht, für diese Krankheit keinen Anspruch auf Kassenleistungen begründet (§ 4 Abs. 3, § 19 Abs. 3, § 63 Abs. 2 KVG. § 310 Abs. 2 RVO.). Diese Vorschrift wäre überflüssig und sinnlos, wenn nicht das Gesetz grundsätzlich, also soweit es sich um Versicherungspflichtige und um die Regelleistungen handelt (§ 206), auf dem Standpunkt stände, daß mit der Mitgliedschaft der Anspruch auf Kassenleistungen auch wegen einer schon vorher eingetretenen Erkrankung entsteht. Diesen Schluß hält Weymann nicht für zutreffend aus folgenden Gründen:

> „Der Versicherungsfall nach dem Krankenversicherungsgesetz ist ein mehrgliedriges Gebilde, er kann in dem Bedürfnis nach ärztlicher Versorgung und Arznei, oder in Erwerbsunfähigkeit, oder in beidem bestehen; der Versicherungsfall kann also in einem gegebenen Falle teils eingetreten, teils nicht eingetreten sein. Der Satz, daß es keine Versicherung gegen den schon eingetretenen Versicherungsfall gebe, besagt also nicht, daß derjenige, der schon krank, und insofern vom Versicherungsfall betroffen, aber noch erwerbsfähig, und insofern nicht vom Versicherungsfall betroffen, in die Versicherung eintritt, keinen Anspruch auf Krankengeld habe, wenn er demnächst erwerbsunfähig wird — vielleicht auf Grund von pathologischen Veränderungen, die sich gar nicht mit Notwendigkeit aus dem Stande der Krankheit zur Zeit seines Eintritts in die Kasse ergaben —, wenn also mit der Erwerbsunfähigkeit ein neuer, bei Beginn der Versicherung noch nicht vorhanden gewesener Versicherungsfall eintritt. Das aber besagen § 4 Abs. 3 und § 19 Abs. 3 KVG.; sie besagen also anderes und mehr als den bloßen Ausschluß der Versicherung gegen den schon eingetretenen Versicherungsfall, haben also eine selbständige Bedeutung und sind unentbehrlich auch unter der Voraussetzung, daß ohnehin allgemein, auch für die freiwillige Versicherung, der Ausschluß der Versicherung gegen den schon eingetretenen Versicherungsfall geltendes Recht ist."

Diese Begründung ist, wie der Satz, dem sie dienen soll, ein völliges und überraschendes Novum. Niemals bisher hat man, soviel ich übersehe, das Hinzutreten der Erwerbsunfähigkeit zu einer Krankheit, die bisher nur Krankenpflege erforderte, für einen neuen Versicherungsfall angesehen, auch dann nicht, wenn die Erwerbsunfähigkeit auf eine selbständige neue Krankheitsursache zurückzuführen ist. Was die neue Meinung praktisch bedeuten würde, mögen folgende Beispiele beleuchten: Ein freiwillig Beigetretener erkrankt in der Wartezeit und wird bei fortdauernder Krankheit nach Ablauf der Wartezeit erwerbsunfähig; dann müßte nach der neuen Lehre von da ab ein Anspruch begründet sein. (Welcher Art übrigens? Nur wegen des „neuen Versicherungsfalles", also nur auf Krankengeld, oder nunmehr auch auf Krankenpflege, obwohl dieses Bedürfnis doch noch in der Wartezeit entstanden ist?) Ein Versicherter scheidet durch Entlassung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und folglich aus der Kasse aus, nachdem er eine Woche lang krank aber nicht erwerbsunfähig gewesen war; er behält den vollen Anspruch aus dem während der Mitgliedschaft eingetretenen Versicherungsfalle noch für 25 Wochen, hätte aber nach der neuen Lehre keinen Anspruch auf Krankengeld, wenn die Krankheit sich in dieser Zeit verschlimmerte und ihn erwerbsunfähig machte! Und entsprechend wäre zu urteilen, wenn ein erwerbslos Ausgeschiedener unter den Voraussetzungen des § 28 KVG., § 214 RVO. binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden erkrankte und erst nach Ablauf dieser Frist auch erwerbsunfähig würde! Die Auffassung, die zu solchen, bisher noch nicht befürworteten Ergebnissen führen würde, ist aber abzuweisen, weil das Gesetz (§ 6 KVG., § 182 RVO.) nur die Krankheit als Versicherungsfall, der den Anspruch auf Krankenhilfe erzeugt, aufstellt und die hinzutretende Erwerbsunfähigkeit nur als einen den Inhalt des Anspruchs nach Art und Maß erweiternden Umstand, nicht aber als einen besonderen Versicherungsfall anerkennt — genau so, wie wenn infolge einer Verschlimmerung der Krankheit, statt des bisher gewährten billigen Heilmittels eine Reihe kostspieliger Bäder, statt eines Bruchbandes eine eingreifende Operation, statt der Beratungen im Sprechzimmer des Arztes Krankenhauspflege notwendig wird. Alle solche Veränderungen im Krankheitsverlaufe, auch wenn sie auf neue pathologische Ursachen zurückzuführen sind, berühren nicht die Einheit des mit der Erkrankung eingetretenen Versicherungsfalles und stellen nimmermehr neue selbständige Versicherungsfälle dar. Das ist in der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte anerkannt (vgl. z. B. Entsch. des Preuß. OVG. 42 S. 308, 50 S. 406, Arb.-Versorgg. 1903 S. 129, 131, Reger 23 S. 445, 449. 28 S. 230; Bayr., Bad., Braunschw. VGH.

Digitized by Google

bei Reger 25 S. 56, 26 S. 242, 393). Wenn es nun richtig wäre, daß rechtsgrundsätzlich ein Anspruch aus einer vor der Mitgliedschaft eingetretenen Erkrankung schlechthin, auch für die Zeit nach Beginn der Mitgliedschaft, ausgeschlossen ist, so würde daraus von selbst folgen, daß auch die später hinzugetretene Erwerbsunfähigkeit einen solchen Anspruch nicht erzeugen kann. Es bleibt also dabei, daß das Gesetz in § 4 Abs. 3, § 19 Abs. 3, § 63 Abs. 2 KVG. wie in § 310 Abs. 2 RVO. etwas ganz Ueberflüssiges ausgesprochen hätte, wenn es nicht davon ausginge, daß Versicherungspflichtige vom Beginn der Mitgliedschaft ab Anspruch auf die Regelleistungen auch wegen einer schon vorher eingetretenen Erkrankung haben, und wenn nicht die Absicht des Gesetzes die wäre, hiervon Abweichendes nur für die freiwillig Beitretenden festzusetzen. Da nicht angenommen werden darf, daß das Gesetz nur etwas völlig Ueberflüssiges und Selbstverständliches ausgesprochen habe, so folgt aus den erwähnten Vorschriften mit Notwendigkeit (per argumentum e contrario) die Bestätigung dessen, wofür schon die Wortfassung der §§ 6, 26 Abs. 1 KVG., §§ 182, 206, 208 RVO. streitet: daß der Anspruch Versicherungspflichtiger auf die Kassenleistungen — soweit für sie nicht zulässigerweise eine Wartezeit vorgesehen ist — mit der Mitgliedschaft beginnt, auch wegen einer in diesem Zeitpunkt bereits bestehenden Krankheit.

Am Schlusse seiner Ausführungen bemerkt Weymann:

> „Man kann sich auch nicht darauf berufen, daß die Reichsversicherungsordnung, deren Verfassern die Rechtsprechung natürlich bekannt war, sie nicht gemißbilligt hat. Bedenken gegen diese Rechtsprechung waren bisher überhaupt nicht hervorgetreten, die Frage nach ihrer Berechtigung existierte noch nicht, also hatte der Gesetzgeber keine Veranlassung, sich mit dieser Form zu beschäftigen. Daraus folgt aber nicht, daß, wenn er sich die Frage vorgelegt und alle Seiten der Sache vollständig erwogen hätte, er zur Billigung der herrschenden Rechtsprechung gelangt sein würde."

Diese Argumentation ist schon deshalb unrichtig, weil sie unterstellt, daß die Verfasser der RVO. keinen Beruf oder doch keinen Anlaß gehabt hätten, die Berechtigung einer Rechtsprechung nachzuprüfen, die bisher nicht angefochten war. So eng haben die Verfasser ihre Aufgabe gewiß nicht aufgefaßt. Daß ihnen aber etwa die Frage und ihre Tragweite überhaupt entgangen sei, kann Weymann unmöglich unterstellen wollen. Hebt er doch selbst an anderer Stelle (Sp. 259) hervor, daß es sich um eine Rechtsprechung handle, die von der Ablehnung eines sonst selbstverständlichen aus dem Begriff der Versicherung abgeleiteten Satzes ausgeht „und dabei zu Folgerungen gelangt, deren Unvereinbarkeit mit den Absichten des Gesetzes auf der Hand liegt". Es läßt sich aber auch nachweisen, daß die Verfasser der RVO. tatsächlich den jener Rechtsprechung zugrunde liegenden Gedanken gekannt, geprüft und gebilligt haben, und daß das neue Gesetz auf diese Billigung die Entscheidung einer außerordentlich wichtigen, bisher streitigen Frage gegründet hat. § 212 RVO. bestimmt: Tritt ein Versicherter, der Kassenleistungen bezieht — also auch ein solcher der bereits krank ist — zu einer andern Kasse über, so übernimmt sie die weitere Leistung. Das war schon nach bisherigem Rechte die in der Rechtsprechung herrschende, wenn auch nicht unbestrittene Meinung, die sich im wesentlichen auf § 26 KVG. stützte, wonach mit der Mitgliedschaft bei der neuen Kasse der Anspruch auf deren Leistungen beginne, auch wegen einer schon vorher eingetretenen Erkrankung. Dies ist auch der dem § 212 RVO. zugrunde liegende Gedanke, wie sich aus der Begründung (S. 162 zu § 225 des Entw.) ergibt: „Der Grundsatz, daß ein Versicherungsfall nach den Verhältnissen zur Zeit seines Eintritts zu beurteilen ist, spricht an sich dafür, daß der alte Träger der Versicherung weiter verpflichtet bleibt. Dem würde aber die Vorschrift des § 219 (jetzt 206) entgegenstehen, wonach für versicherungspflichtige Mitglieder der Anspruch auf die Leistungen, hier also diejenigen der neuen Kasse, mit dem Beginne ihrer Mitgliedschaft eintritt ... Der Entwurf stellt sich demgemäß auf den Standpunkt, daß mit dem Zeitpunkt des Uebertritts zu der neuen Krankenkasse diese die Unterstützung nach dem Maße ihrer Satzung übernimmt ..." Ganz klar ist hiermit anerkannt, daß grundsätzlich Versicherungspflichtige auch wegen einer bei ihrem Eintritt in die Kasse bereits bestehenden Krankheit Anspruch auf die Kassenleistungen haben.

II. Man darf es Weymann aufs Wort

Digitized by Google

glauben, daß er die herrschende Auffassung nur wegen ihrer juristischen Begründung nicht angefochten haben würde, wenn er sie „als sozial wertvoll und innerlich gerechtfertigt" anerkennen könnte. Er erachtet sie aber im Gegenteil für innerlich ungerechtfertigt, dem Interesse der Arbeiterschaft widersprechend, im letzten Grunde unsozial und gibt seiner sittlichen Entrüstung temperamentvollen Ausdruck. Ich hebe daraus folgendes hervor[1]):

„Wir haben noch den Rechtszustand, in dem ein Versicherungsverhältnis, also in der Regel eine Beschäftigung, unerläßliche Voraussetzung der Fürsorge ist. Und auf diesem Boden wirkt es unsozial, weil sittlich schädigend, wenn man auf der einen Seite an der Forderung eines Versicherungsverhältnisses festhält, andererseits diese Forderung derart zersetzt, daß der Arbeiter damit machen kann was er will, daß die Arbeitgeber und die Krankenkassen zum Spielball der Willkür der Arbeiter gemacht, der Ausbeutung durch die Arbeiter schutzlos preisgegeben werden; daß das Versicherungsverhältnis für den Arbeiter zum Hilfsmittel wird, sich über das Wesen der Versicherung hinwegzusetzen. Das verletzt das Gerechtigkeitsgefühl der Arbeitgeber wie der Krankenkassen — der fortgesetzte Widerspruch der Kassen gegen die Ansprüche der früher erkrankten Mitglieder beweist die Lebendigkeit dieser Empfindung —, das stört den sozialen Frieden und bedeutet für die Arbeiter selbst eine capitis deminutio, indem es sie zu Praktiken verleitet, die bei ungebrochenem Anstandsgefühl sie selbst nicht als einwandfrei bezeichnen können. Zu solchen Ergebnissen darf die Rechtsprechung nicht führen . . .

Daß niemand eine kranke oder erwerbsunfähige Person als ständigen Arbeiter einstellt, ist selbstverständlich. Der kranke Versicherte, der dieser Schwierigkeit ausweichen will, muß also verhüten, daß der Arbeitgeber seinen Zustand erkennt. Er kann also den Eintritt in die Versicherung nur dadurch erkaufen, daß er eine Täuschung des Arbeitgebers zustande bringt, die für diesen zugleich eine Enttäuschung, und häufig eine recht empfindliche, bedeutet und kaum je gelingen wird, ohne ein Gefühl der Bitterkeit in dem getäuschten Arbeitgeber zurückzulassen . . .

. . . Aber selbst wenn unter diesen Umständen der erwerbsunfähige und kranke Versicherte sich damit begnügt, nur einen Posten für unständige Arbeiter zu erlangen und sich damit nur die dem unständigen Arbeiter zukommenden Leistungen zu sichern, so wird auch das in der Regel nur dadurch möglich sein, daß er den Arbeitgeber über seinen Zustand täuscht. Das Ergebnis der Betrachtung ist also, daß der erwerbsunfähige und kranke Arbeiter in den Schutz der Krankenversicherung nur auf Wegen eintreten kann, die von den Arbeitgebern und Kassen als Ausbeutung, von ihm selbst, sofern es ihm nicht an Stolz und Feingefühl fehlt, als ein nicht ganz einwandfreies Verhalten empfunden werden müssen. Liegt die Sache so, daß ohne derartige Praktiken die Versicherung gegen den schon bestehenden Versicherungsfall nicht zustande zu bringen ist, so ist das meines Erachtens eine so dringende Veranlassung, diese Versicherungsform durch die Rechtsprechung auszuscheiden, daß nur ein zwingender Ausspruch des Gesetzgebers die Rechtsprechung sollte auf dem Wege festhalten können, auf dem sie sich befindet, selbst wenn die rein juristischen Bedenken gegen die für die herrschende Rechtsprechung geltend gemachten Gründe weniger gewichtig wären, als sie es nach meinen früheren Ausführungen sind."

Diese Ausführungen beruhen auf einer recht schlimmen Uebertreibung, die, in einer kaum verständlichen Verkennung tatsächlicher Verhältnisse, die Ausnahme zur Regel, das Seltene zum Typischen erhebt. Gewiß kommt es vor, daß Kranke durch bewußte Verheimlichung ihrer Krankheit eine Beschäftigung erschleichen und dadurch zugleich die Kassenmitgliedschaft erlangen. Dabei braucht die Absicht nicht gerade auf Ausbeutung der Kasse, sondern nur eben auf Erlangung von Arbeit gerichtet zu sein. Wenn z. B. ein geschlechtskranker Kellner eine Stellung antritt, so wird ihm nichts ferner liegen, als die Absicht, die Leistungen der Kasse in Anspruch zu nehmen[1]), was ja das Bekanntwerden der Krankheit und den sofortigen Verlust der Arbeitsstelle nach sich ziehen würde. Immerhin: auch so bleibt die bewußte Täuschung des Arbeitgebers ein Unrecht. Aber die Fälle solcher Art sind von verschwindend geringfügiger Bedeutung gegen die große Zahl ganz anders gearteter Fälle, in denen von absichtlicher Täuschung nicht die Rede sein kann. Was ist denn Krankheit und was Erwerbsunfähigkeit? Krankheit „im Sinne des Gesetzes" ist bekanntlich nicht jeder pathologische Zustand, sondern nur ein solcher, der in der Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder in Erwerbsunfähigkeit wahrnehmbar zu-

[1]) Die Unterstreichungen (Sperrdruck) rühren von mir her.

[1]) Es ist bemerkenswert, daß unsere Frage überhaupt nur äußerst selten in Prozessen der Versicherten gegen die Krankenkassen auftaucht. Wenn man die Bände der Arbeiter-Versorgung daraufhin durchsieht, so findet man, daß es überwiegend Ansprüche der Armenverbände aus § 57 KVG. und der Landesversicherungsanstalten aus § 18 JVG. sind, denen gegenüber die Krankenkassen erfolglos geltend machen, daß der vom Versicherten abgeleitete Anspruch unbegründet sei, weil die Krankheit schon beim Eintritt in die Versicherung bestanden habe.

Digitized by Google

tage tritt; und Erwerbsunfähigkeit ist nach feststehender Rechtsprechung die Unfähigkeit, ohne Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit, die Berufsarbeit auszuüben. Ob Krankheit, ob Erwerbsunfähigkeit in diesem Sinne vorliegen, ist nach objektiven Merkmalen nicht nach der Meinung und dem Gefühle des Versicherten zu bestimmen. Nach Hundertausenden zählt die Armee der chronisch Kranken, die unter dem Drucke der Lebensnot ihrer Arbeit nachgehen müssen. Vielleicht die meisten von ihnen würde ein gewissenhafter Arzt, wenn er gefragt würde, einer Heilbehandlung für bedürftig, vielleicht sogar für erwerbsunfähig erklären, weil die Berufsarbeit ihr Leiden zu verschlimmern geeignet ist. Viele dieser Kranken täuschen sich selbst über ihren Zustand und halten sich für gesund, andere helfen sich mit irgendeinem überlieferten Heilmittel über ihre Beschwerden hinweg und halten sich mindestens nicht für arbeitsunfähig; man darf ihnen daher nicht vorwerfen, daß sie den Arbeitgeber bewußt täuschen. In anderen Fällen wird von einer Täuschung des Arbeitgebers deshalb nicht gesprochen werden können, weil die Krankheit deutlich aus der Erscheinung des Bewerbers und aus seinen Papieren spricht. Es ist eine lebensfremde Unrichtigkeit, wenn Weymann schreibt: „Daß niemand eine kranke oder erwerbsunfähige Person als ständigen Arbeiter einstellt, ist selbstverständlich." Wenn es an Arbeitern eines bestimmten Berufszweigs mangelt, drücken manche Arbeitgeber mehrere Augen zu und denken: es geht eben solange es geht; und auch die Fälle sind nicht gar so selten, daß der Kranke aus Mitleid gerade wegen seiner Krankheit aufgenommen wird in der Hoffnung, die Arbeit werde ihn aufhelfen — „aus Mitleid": denn die Lebensnot, die alle diese Kranken Arbeit suchen läßt, ist oft ein viel schlimmeres Leiden als die Krankheit. Daran hat Weymann wohl nicht gedacht, als er schrieb, daß der erwerbsunfähige und kranke Arbeiter in die Krankenversicherung „nur" auf Wegen eintreten kann, die von den Arbeitgebern und Kassen als Ausbeutung empfunden werden müssen. Ist auch der urteilsschwache Epileptiker, der nach überstandenem Anfalle sich für ganz gesund hält, ein Ausbeuter, und ist der Schwindsüchtige, der in dem bei solchen Kranken nicht seltenen gehobenen Gesundheitsgefühl Arbeit sucht und annimmt, ein Mensch ohne „Stolz und Feingefühl"? Diese Erwägungen betreffen das große Heer der chronisch Kranken. Wie aber steht es mit dem sonst Gesunden, der die ersten Anzeichen einer Erkrankung verspürt? In welchem Augenblick ist er „krank im Sinne des Gesetzes" und wann muß er wissen, daß er es ist? Läuft einer bei den ersten Beschwerden zum Arzt oder stellt er gar sofort die Arbeit ein, so kann er leicht hören, daß er ein Schwächling, ein Müßiggänger oder gar ein Simulant sei; und nimmt einer in solchem Anfangsstadium noch Arbeit an, weil er ganz ehrlich meint, sich zusammenraffen und die Beschwerden gerade durch Arbeit überwinden zu müssen, so riskiert er nach der neuesten Sozialethik Ausbeuter gescholten zu werden, wenn sich später „bei objektiver Beurteilung des Falles" ergibt, daß er schon beim Eintritt in das Arbeitsverhältnis richtig krank war, und wenn er gleichwohl Anspruch auf die Kassenleistungen erhebt. Eine niedliche Zwickmühle für die deutschen Arbeiter!

Aber: ob Ausbeuter oder nicht, das kann vom Standpunkte Weymanns keinen Unterschied machen; auch dem bestgläubigen, auch dem unter dem Drucke der äußersten Not handelnden Arbeiter, der krank in die versicherungspflichtige Beschäftigung eintritt, wäre jeder Anspruch zu versagen, wenn man die Sache rein unter dem Gesichtspunkt einer eigentlichen Versicherung betrachtet, die nicht auf schon vorher eingetretene Versicherungsfälle bezogen werden darf. Selbst wenn in dem zuletzt behandelten Falle der Kranke nur einen ärztlichen Rat befolgt hätte, als er Arbeit übernahm, wäre er mit Ansprüchen an die Kasse abzuweisen; vielleicht, daß man ihm dort empfehlen wird, sich an seinen Arzt und Ratgeber zu halten.

Nach alledem erkennt man leicht, daß die Auffassung Weymanns reichlich die Prädikate verdient, die er der einmütigen Rechtsprechung und Rechtslehre über unsere Frage erteilt: innerlich ungerechtfertigt, dem Interesse der Arbeiterschaft widersprechend, im letzten Grunde unsozial. Sie bedeutet nach ihrer Begründung eine Ehrminderung und in ihrer Wirkung eine schwere Schädigung vieler tausend ehrlicher Arbeiter, die, in einer verzeihlichen Selbst-

Digitized by Google

täuschung oder bewußt in hartem Ringen um die Lebensnotdurft, trotz ihrer Krankheit lieber arbeiten, als Armenhilfe nachsuchen oder betteln oder Schlimmeres tun; jene Auffassung müßte, wenn sie gelten sollte, den Trieb, leichte Beschwerden durch Willenskraft und Arbeit zu überwinden, lähmen; sie müßte die Kassen veranlassen, allzu findig dem Ursprung und Beginn der Krankheit nachzuforschen, und es könnte leicht kommen, daß man bei chronisch Kranken auf mehr als ein Jahr zurückginge und die Unterstützung versagte, weil die Krankheit — das objektive Bedürfnis einer Heilbehandlung — schon seit Jahren und jedenfalls schon beim Eintritt in die Kasse bestanden habe. Hätte das Gesetz dergleichen gewollt, so hätte es folgerichtig die Kassen ermächtigen müssen, Versicherungspflichtige alsbald nach ihren Eintritt ärztlich untersuchen zu lassen (vgl. bezüglich der Beitrittsberechtigten § 310 Abs. 3 RVO.), da jede spätere Feststellung auf einem mehr oder minder unsicheren Rückschluß beruhen würde. Eine solche Ermächtigung enthält das Gesetz nicht, weil es das, was Weymann als seinen Sinn hinstellt, nicht will. Der soziale Gesetzgeber muß in diesem Punkte die Versicherungspflichtigen anders behandeln, als die Versicherungsberechtigten. Er muß, wenn er Personen um einer bestimmt gearteten Beschäftigung willen zwangsweise der Versicherung unterwirft, ihnen aus den angegebenen Gründen die Vorteile der Versicherung sofort gewähren, auch wenn sie schon krank in die Versicherung eintraten, sofern sie nur ernstlich und wirklich Arbeit leisteten. Höchstens könnte in Frage kommen, ob diese Vorteile denen zu versagen sind, die es nicht sowohl auf die Arbeit als vielmehr auf die Kassenleistungen abgesehen haben. Daß solche Versagung auf dem Boden des geltenden Rechts nicht zu begründen ist, habe ich in Arb.-Versorgg. 1911 S. 241 und 331 (Nachsatz) nachgewiesen. Ich würde aber auch vom Standpunkt des Gesetzgebers eine solche Bestimmung nicht empfehlen, weil ich eine Formulierung, die nur den skrupellosen Ausbeuter bedroht und trifft, für kaum möglich halte.

Die Frage, die ich hier ganz allgemein behandelt habe, gewinnt gerade jetzt eine besondere und eigenartige praktische Bedeutung: Am 1. Januar 1914 werden schätzungsweise etwa sechs Millionen Personen durch das Inkrafttreten des neuen Rechts krankenversicherungspflichtig. Von ihnen werden viele Tausende in diesem Zeitpunkt krank sein. Gleichwohl treten sie — ohne irgendwelche „Praktiken" von ihrer Seite — sofort in die Krankenversicherung ein und sie werden, trotz „ungebrochenen Anstandsgefühls", im Vertrauen auf den Wortlaut, Sinn und sozialen Geist des Gesetzes und auf die bisherige Rechtsprechung der Meinung sein, daß ihnen auch sofort die Kassenleistungen gebühren. Vom Standpunkt Weymanns würden sie mit ihren Ansprüchen abzuweisen sein, auch mit Ansprüchen, die erst nach Monaten erhoben werden, sofern die Krankheit im Sinne des Gesetzes schon vor dem 1. Januar bestand. Denn so sehr Weymann auch die sittliche Seite der Frage mit in Betracht zieht, sein Ausgangspunkt bleibt doch die vermeintliche Selbstverständlichkeit, daß auch die Krankenversicherung schlechthin nicht auf einen schon vor dem Beginn der Versicherung eingetretenen Fall, also auf eine bereits bestehende Krankheit bezogen werden dürfe. Das müßte für diejenigen, deren Beschäftigung am 1. Januar versicherungspflichtig wird, selbstverständlich nicht minder gelten, wie für diejenigen, die am 1. Januar in eine versicherungspflichtige Beschäftigung eintreten. Ich würde es für geradezu unheilvoll halten, wenn diese Auffassung, sei es auch nur vorübergehend, in die Praxis umgesetzt würde. Eine tiefe Erschütterung des Vertrauens in unsere sozialen Gesetze und Einrichtungen müßte die Folge sein. Daß die Rechtsprechung umkehren und der neuen Lehre folgen könne, fürchte ich angesichts der Vorschriften in §§ 182, 206, 212, 310 Abs. 2 RVO. nicht. Man darf aber wohl auch von dem gesunden Sinne der Kassenverwaltungen hoffen, daß sie sich nicht durch das Weymannsche Sirenenlied verleiten lassen werden, jetzt einmal im vermeintlichen (mißverstandenen) Kasseninteresse ein Experiment im großen zu machen und die krank in die Versicherungspflicht Eingetretenen mit ihren Ansprüchen abzuweisen. Das Experiment müßte mißlingen!

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung der Zulässigkeit der Revision

Revisionsscheidung des **Reichsversicherungsamt** vom 8. Mai 1913.

Der Kläger, dem vom Schiedsgerichte vom 28. November 1911 ab eine Invalidenrente zugebilligt war, ist während des Revisionsverfahrens am 16. November 1912 gestorben. Die Beklagte, die allein Revision eingelegt hatte, hat daraufhin weitere Ermittlungen angestellt und durch Bescheid vom 27. Februar 1913 anerkannt, daß die Invalidität seit dem 4. Juni 1912, dem Tage der Berufungseinlegung, bestanden hat. Die Rentenrückstände sind von diesem Tage an zur Zahlung angewiesen. Im übrigen ist das Verfahren gegen die Witwe fortgesetzt worden.

Die Revision war als unzulässig zu verwerfen. Im Streite ist nur noch die Rente für einen in der Vergangenheit liegenden begrenzten Zeitraum, nämlich für die Zeit vom 28. November 1911 bis zum 3. Juni 1912; es handelt sich nur noch um den Beginn der Rente im Sinne des § 1696 Nr. 1 RVO., die Revision ist für einen solchen Streit ausgeschlossen. Daran ändert es nichts, daß der ursprüngliche Revisionsantrag der Beklagten auf Verneinung des Rentenanspruchs schlechthin abzielte und das Rechtsmittel der Revision für einen solchen Antrag an sich gegeben war. Eine ausdrückliche Vorschrift dafür, ob für die Zulässigkeit der Revision die Rechtslage zur Zeit der Revisionseinlegung oder die zur Zeit der Entscheidung maßgebend ist, fehlt im Gesetz, ist übrigens auch für den ordentlichen Zivilprozeß nicht gegeben. Die Rechtsprechung im Gebiete der Zivilprozeßordnung, daß für die Zulässigkeit der Revision der Zeitpunkt der Einlegung des Rechtsmittels maßgebend sei (Entscheidung des Reichsgerichts in Zivilsachen Bd. 5 S. 387 und in der Juristischen Wochenschrift 1899 S. 830, Gaupp-Stein Anm. III d zu § 546 ZPO.) ist vom Reichsversicherungsamt in seiner Rechtsprechung zur Zulässigkeit des Rekurses (§ 80 Abs. 1, § 69 Abs. 1 Ziff. 1 b GUO) nicht aufgenommen worden (zu vgl. Rekursentscheidungen 1978, 2256, 2349, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamt 1903 S. 257. 1908 S. 549, 1910 S. 417). Die in diesen Rekursentscheidungen angestellte Erwägung, daß es Absicht des Gesetzes sei, das Reichsversicherungsamt von der Entscheidung derjenigen Fälle zu entlasten, die für den Versicherten von unerheblicher wirtschaftlicher Bedeutung sind, trifft auch für den Fall des § 1696 Nr. 1 RVO. zu, und spricht auch hier dafür, die Prozeßlage zur Zeit der Entscheidung für maßgebend zu halten. Es kann dahingestellt bleiben, ob die einmal zulässig eingelegte Revision auch dadurch unzulässig werden kann, daß der Gegner Rechtshandlungen vornimmt, die den Streitgegenstand auf einen der Revision nicht mehr unterliegenden Teil beschränken (zu vgl. die oben angeführte Rekursentscheidung 2349). Jedenfalls hat nach der, wie vorstehend ausgeführt, sinngemäßen Auslegung des § 1696 RVO. der Revisionskläger dann keinen Anspruch auf eine Entscheidung des Revisionsgerichts, wenn er selbst im Laufe des Revisionsverfahrens klarstellt, daß er durch die Vorentscheidung in demjenigen Umfang, der Voraussetzung für die Zulässigkeit des Rechtsmittels ist, gar nicht beschwert war.

B. Zur Krankenversicherung.

Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht.

Bekanntmachung des **Reichskanzlers** v. 17. Nov. 1913. (RGBl. S. 756.)

Auf Grund des § 168 RVO. hat der Bundesrat über die Befreiung vorübergehender Dienstleistungen von der Krankenversicherungspflicht nachstehendes beschlossen:

I.

Vorübergehende Dienstleistungen bleiben versicherungsfrei, wenn sie

1. von Personen, die überhaupt keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten, nur gelegentlich, insbesondere zur gelegentlichen Aushilfe, ausgeführt werden und auf weniger als eine Woche entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegen oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt sind,
2. von Personen, die sonst berufsmäßige Lohnarbeit verrichten, während vorübergehender Arbeitslosigkeit nur gelegentlich, insbesondere zur gelegentlichen Aushilfe, ausgeführt werden und auf höchstens drei Arbeitstage entweder nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegen oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt sind,
3. von Personen, die sonst keine berufsmäßige

Digitized by Google

Lohnarbeit verrichten, zwar in regelmäßiger Wiederkehr, aber nur nebenher und gegen einen geringfügigen Entgelt ausgeführt werden. Als geringfügig gilt ein Entgelt, wenn er für den Lebensunterhalt während des Zeitraums, innerhalb dessen die Beschäftigung in regelmäßiger Wiederkehr ausgeübt wird, nicht wesentlich ist,

4. von Berufsarbeitern während des Bestehens eines regelmäßigen, versicherungspflichtigen oder nach den §§ 169—174 RVO. versicherungsfreien Arbeitsverhältnisses zu einem bestimmten Arbeitgeber für andere Arbeitgeber nebenher, sei es gelegentlich, sei es in regelmäßiger Wiederkehr ausgeführt werden,
5. zur schleunigen Hilfeleistung bei Unglücksfällen, bei Verheerungen durch Naturereignisse, bei Verkehrs- oder Betriebsstörungen u. dgl. geleistet werden, sofern die Dienstleistungen voraussichtlich höchstens drei Arbeitstage dauern werden,
6. von Bediensteten ausländischer Eisenbahnverwaltungen in Eisenbahnbetrieben des Inlandes ausgeführt werden,
7. von Bediensteten ausländischer Betriebe im Inland geleistet werden, soweit diese Betriebe mit einzelnen Betriebshandlungen vorübergehend in das Inland hinübergreifen,
8. vom Personal ausländischer Schiffe ausgeführt werden, die im Binnenschiffahrtsverkehre deutsche Wasserstraßen befahren und nicht nach Entscheidung des Versicherungsamts ihres Beschäftigungsorts (§ 1331 RVO.) im Inland einen regelmäßigen Verkehr von erheblicher Dauer unterhalten,
9. von Personen, die nicht zur Schiffsbesatzung gehören, im Ausland auf Seefahrzeugen oder auf Fahrzeugen der Binnenschiffahrt geleistet werden.

II.

Dienstleistungen schulpflichtiger Kinder in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben bleiben in allen Fällen versicherungsfrei, wenn sie im Laufe eines Kalenderjahrs auf bestimmte Jahreszeiten und höchstens acht Wochen oder zusammen auf höchstens vierzig Tage nach der Natur der Sache beschränkt zu sein pflegen oder im voraus durch den Arbeitsvertrag beschränkt sind. Die oberste Verwaltungsbehörde kann den hiernach versicherungsfreien Zeitraum bis auf einen solchen von höchstens einer Woche herabsetzen oder gestatten, daß die Satzungen der Krankenkassen ihn so weit herabsetzen.

III.

Die oberste Verwaltungsbehörde kann mit Zustimmung des Reichskanzlers widerruflich anordnen, wieweit vorübergehende Dienstleistungen solcher Ausländer im Inland versicherungsfrei sind,

1. welchen der Aufenthalt in Grenzbezirken zur Ausführung von Arbeiten auf fest bestimmte Zeit behördlich gestattet ist,
2. welche übungsgemäß in Flößereibetrieben beschäftigt werden.

Uebergangsbestimmungen, betreffend die Krankenversicherung des Wandergewerbes.

Bekanntmachung des **Reichskanzlers** v. 21. Nov. 1913. (RGBl. S. 761.)

Auf Grund des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. hat der Bundesrat folgendes bestimmt:

Soweit Wandergewerbscheine, die im Jahre 1914 Gültigkeit haben sollen, beantragt werden, bevor die Bescheinigung nach § 461 Abs. 1 RVO. erteilt werden kann[1]), hat der Arbeitgeber eine Sicherheit für die auf die Zeit nach dem 31. Dezember 1913 entfallenden Beiträge zur Krankenversicherung im Betrage von 24 M. für jeden in seinem Wandergewerbbetriebe Beschäftigten, den er von Ort zu Ort mit sich führen will, an die Polizeibehörde zu zahlen, bei welcher der Wandergewerbschein beantragt wird. Wird der Wandergewerbschein für eine kürzere Zeit als für die Dauer eines Jahres beantragt, so ist der Betrag der Sicherheit entsprechend zu ermäßigen.

Der Wandergewerbschein darf nur erteilt werden, wenn die Sicherheit geleistet ist. Die Polizeibehörde hat den gezahlten Betrag demnächst an die zuständige Krankenkasse abzuführen, welche den Betrag auf die Krankenkassenbeiträge des Arbeitgebers verrechnet. Deckt die Sicherheit nicht den Betrag der Beiträge, so ist der fehlende Betrag von dem Arbeitgeber nachträglich an die Kasse zu zahlen.

Diese Bestimmungen gelten entsprechend für die Behörde, die nach § 62 der Gew.O. nachträglich die Erlaubnis zur Mitführung weiterer Begleiter zu erteilen hat, solange der Wandergewerbschein die Angabe über Grundlohn und Wochenbeitrag nicht enthält.

[1]) Das vom Bundesrat festgestellte Muster dieser Bescheinigung (Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 21. November 1913, RGBl. S. 762) enthält sieben Spalten, die auszufüllen und vom Kassenvorstand unterschriftlich zu bestätigen sind: 1. Name, Vorname, Wohnort des Arbeitgebers, 2. Geburtstag und Geburtsort, 3. zuständige Krankenkasse, 4. Zahl der im Wandergewerbe Beschäftigten, die der Arbeitgeber mit sich führen will, 5. Grundlohn, 6. Wochenbeitrag, 7. Betrag der empfangenen oder gestundeten Beiträge.

Digitized by Google

Vermögensüberweisung zugunsten der am 1. Januar 1914 ins Leben tretenden allgemeinen Orts- und Landkrankenkassen.

Bekanntmachung des **Reichskanzlers** v. 21. Nov. 1913. (RGBl. S. 762.)

Auf Grund des Art. 100 Einf.Ges. z. RVO. hat der Bundesrat folgendes bestimmt:

Gehen Mitglieder vorhandener Ortskrankenkassen, die nicht zum 31. Dezember 1913 aufgelöst oder geschlossen werden, bei der erstmaligen Bildung von allgemeinen Ortskrankenkassen oder von Landkrankenkassen vom 1. Januar 1914 ab in solche Kassen über, so kann das Versicherungsamt einen dem Mitgliederübergang entsprechenden Teil des Vermögens der vorhandenen Ortskrankenkasse den Krankenkassen zuweisen, in welche diese Mitglieder übergehen.

Auf Beschwerde entscheidet das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) endgültig.

Anmerkung der Redaktion: Diese Uebergangsbestimmung hat man wohl für notwendig erachtet, weil die Reichsversicherungsordnung sonst keine Möglichkeit bietet, den neuen Kassen einen entsprechenden Teil des Vermögens fortbestehender Ortskrankenkassen zuzuwenden, da weder §§ 299, 303 noch §§ 293 ff., 298 Abs. 2 zutreffen. Einen Fall dieser Art behandelt unsere Auskunft nach H. S. 742 Ziff. 8. Jetzt, nach der vorstehenden Verordnung, trifft diese Auskunft nicht mehr zu.

Liegt mißglückter Arbeitsversuch oder wirkliche, mit Versicherungsfolge ausgestattete Arbeit vor?

Urteil des **Herzogl. Verwaltungsgerichtshofs Braunschweig** vom 5. Februar 1913.

Nach dem Krankenversicherungsgesetz ist versicherungspflichtig, wer in einer der im Gesetze genannten Betriebsarten Lohnarbeit leistet. Ob er gesund oder krank ist, ob er die Arbeit ohne oder mit Gefährdung seiner Gesundheit verrichten kann, ist bedeutungslos. Die finanzielle Lage der Kassen findet nur in § 26 a KVG. Beachtung, die hier nicht Platz greifen kann. Dem Arbeitgeber sind in Beschäftigung kranker Arbeiter so wenig Schranken gesetzt, wie dem Arbeiter in dem Ermessen, ob er trotz Erkrankung Lohnarbeit leisten will. Nur muß das, was als Arbeit bezeichnet wird, die Bedeutung ernst zu nehmender Leistung haben. Scheinbeschäftigung oder Arbeitsversuch begründet keine Kassenmitgliedschaft. Beklagter hat mit Recht angenommen, daß Frau K. zwischen dem 2. und 10. Mai 1912 durch die mit Aushalten der vollen Arbeitsstunden geleistete und mit einem beachtlichen Lohnergebnis ausgestattete Fabrikarbeit eine ernst zu nehmende Beschäftigung betätigt hat, zumal die vernommene Mitarbeiterin aussagte, die K. habe sich scheinbar anfangs durchaus wohl gefühlt und soviel geleistet, als Durchschnittsarbeiterinnen zu arbeiten pflegen. Nach einigen Tagen habe sich ein Husten eingestellt, dessen Ursache die Zeugin und Frau K. in der in der Fabrik herrschenden Feuchtigkeit gesucht hätten. Später habe Zeugin gehört, daß die K. wegen des Hustens von der Arbeit fortgeblieben sei. Nach der Art der geleisteten Arbeit, nach der Innehaltung der Fabrikarbeitszeit und nach dem erzielten Lohne handelt es sich nicht um mißlungenen Arbeitsversuch, sondern um vollwirksame Eingehung eines Arbeitsverhältnisses zu Beginn der durch die Spargelernte bedingten Fabrikarbeit mit allen durch § 1 KVG. und § 2 des klägerischen Statuts gegebenen Mitgliedschaftsfolgen. Die vom Beklagten vertretene und vorstehend gebilligte Auffassung entspricht wiederholten Entscheidungen des Gerichtshofes, die in Braunschw. Z. 55 B. 43 [8], 56 B. 44, 59 B. 42 [7] sich finden und noch weitere Bezugnahme auf andere Entscheidungen enthalten; die letzterwähnte Entscheidung ist in Arb.-Versorgg. 29 582 aufgenommen und als wohlbegründet, sowie im Einklang mit der auch bei anderen höchsten Verwaltungsgerichtshöfen zur Geltung gelangten herrschenden Rechtsprechung bezeichnet unter Verweisung auf Hahn, Handb. der Krankenvers. S. 178 Anm. 22 zu § 165 RVO.

Tod als selbständiger Unterstützungsfall; Anspruch auf Angehörigensterbegeld.

Entscheidung des **Versicherungsamts Lübeck** vom 24. Oktober 1913.

Die Ehefrau des Klägers, die seit dem 15. Mai 1913 Mitglied der beklagten Kasse ist, ist am 30. Juni 1913 gestorben. Der Kläger verlangt von der Beklagten ein Sterbegeld gemäß § 22 Abs. 1 Ziff. 2 der Kassensatzungen. Die Beklagte lehnt den Anspruch ab, da die Ehefrau des Klägers bereits seit dem 20. Januar 1913, also bei Beginn der Mitgliedschaft des Beschwerdeführers, wegen Lungenleidens ununterbrochen in ärztlicher Behandlung gestanden habe. Der Unterstützungsfall habe daher für die Kasse in seiner ganzen Dauer auszuscheiden, der Tod bilde aber nur den Abschluß des Unterstützungsfalls. Der Kläger behauptet, daß seine Frau bei der Geburt des 18. Kindes verstorben sei. Näheres konnte darüber nicht ermittelt werden.

Von der Beklagten wird nicht bestritten, daß die Voraussetzungen für den Anspruch auf Sterbegeld gemäß § 22 Abs. 1 Ziff. 2 der Satzungen an sich vorliegen, sie verweigert aber das Sterbegeld unter Berufung auf § 22 Abs. 3, weil der Tod der Abschluß seiner Krankheit gewesen sei, die bei Beginn der Mitgliedschaft bestanden habe, Es kann dahingestellt bleiben, ob das zutrifft — beweispflichtig ist die Beklagte —, oder ob die Frau im Wochenbett gestorben ist, wie der Kläger behauptet, denn das Sterbegeld muß unabhängig von einer voraufgegangenen Krankheit gezahlt werden (Oberverwaltungsgericht vom 17. März 1887, Arb.-Versorgg. 1887, S. 206, und Arb.-Ver-

Digitized by Google

sorgg. 1892, S. 700). Das gilt nicht nur für die Kassenmitglieder, sondern auch für die Familienangehörigen der Kassenmitglieder. Ohne Erfolg beruft sich die Kasse auf § 22 Abs. 3 der Satzungen: Der Unterstützungsfall, der den Anspruch auf Sterbegeld begründet, ist nicht die Krankheit (§ 22 Abs. 1 Ziff. 1), sondern der Tod (§ 22 Abs. 1 Ziff. 2), und da dieser weder bei Beginn der Mitgliedschaft vorhanden war, noch eintrat, bevor dieselbe 6 Wochen bestanden hat, so ist der Anspruch des Klägers auf Sterbegeld nach § 22 der Satzungen begründet.

C. Zur Unfallversicherung.

Ueberfall auf eine Verkäuferin als Betriebsunfall.

Rekursentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 29. April 1913.

Die Klägerin war in dem Seifengeschäft der Firma W. als Verkäuferin angestellt und wegen der gleichzeitig von ihr zu verrichtenden Lagerungsarbeiten mit einem Viertel ihrer Gesamttätigkeit bei der Lagereiberufsgenossenschaft versichert. Eines Tages in der Mittagsstunde, als die Klägerin allein im Laden war, betrat der Kutscher R. den Laden und verlangte ein Stück Seife. Während ihm die Klägerin die Seife verabfolgte, schlug er sie von der Seite mit dem Hammer auf den Kopf, wurde dann aber, als die Klägerin um Hilfe rief, alsbald festgenommen. Wie er später zugestanden hat, war es seine Absicht gewesen, die Klägerin, die, wie er wußte, um diese Zeit allein im Laden war, durch Schläge mit dem zu diesem Zwecke mitgebrachten Hammer zu betäuben und sich alsdann den Inhalt der Ladenkasse anzueignen. Die Klägerin hat wegen eines im Anschluß an den Unfall aufgetretenen Nervenleidens Entschädigungsansprüche an die Lagereiberufsgenossenschaft gestellt, ist jedoch von dieser wie auch vom Schiedsgericht abgewiesen worden, weil sie bei Gelegenheit einer nicht versicherten Verkaufstätigkeit verunglückt sei. Das Reichsversicherungsamt hat die Beklagte zur Entschädigung des Unfalls verurteilt.

Allerdings war die Klägerin nur soweit sie Lagerungs- und Beförderungsarbeiten verrichtete, nicht auch hinsichtlich ihrer Verkaufstätigkeit versichert. Die Feststellung, daß die Klägerin bei Vornahme einer solchen nicht versicherten Verkaufstätigkeit verunglückt sei, ist jedoch irrig. Das an die Klägerin gerichtete Ersuchen des R. um Lieferung eines Stückes Seife war lediglich ein Vorwand, der die Ausführung des von vornherein beabsichtigten räuberischen Ueberfalls ermöglichen sollte. Tatsächlich war es dem R. überhaupt nicht um den Ankauf der Seife zu tun — er hatte, wie er bei seiner Vernehmung vor der Staatsanwaltschaft selbst angegeben hat, den hierzu erforderlichen Geldbetrag gar nicht bei sich —, sondern er wollte durch sein Ansinnen, ihm ein Stück Seife zu verkaufen, lediglich den wahren Zweck seiner Anwesenheit verbergen und eine günstige Gelegenheit finden, die Klägerin niederzuschlagen. Hiernach stellt sich aber der Unfall nicht lediglich als ein Ausfluß der Gefahr dar, der die Klägerin durch ihre Verkaufstätigkeit ausgesetzt war, sondern er war bedingt durch ihre Gesamttätigkeit in dem betreffenden Geschäfte. Die Klägerin hatte während ihres Dienstes außer den Verpflichtungen, die der Verkauf der Waren und die Bedienung der Kunden mit sich brachte, auch die Waren aus dem Handlager zu entnehmen und wieder dahin zurückzuschaffen und überhaupt diejenigen Handlungen wahrzunehmen, die zur Vorbereitung und Instandhaltung eines geordneten Geschäftsbetriebs erforderlich waren. Der Umstand, daß die Klägerin zur Ausübung dieser ihrer gesamten Tätigkeit um die fragliche Zeit zur Mittagsstunde allein im Laden anwesend war, gab dem R. Veranlassung zu dem Ueberfall. Die der Klägerin zugefügte Körperverletzung ereignete sich hiernach nicht nur zufällig an dem Orte und zur Zeit ihrer Tätigkeit im Betriebe, sondern die Veranlassung dazu beruhte wesentlich in ihrer gesamten Betriebstätigkeit, und die verletzende Handlung selbst stellte sich dar als ein Ausfluß der mit dieser verbundenen Gefahr. Da hiernach die Klägerin einer Gefahr erlegen ist, der sie auch durch ihre bei der Beklagten versicherte Tätigkeit mit ausgesetzt war, so hat die Beklagte für die Folgen des Unfalls, und zwar in vollem Umfang einzutreten (zu vgl. Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. 1 S. 120, Anm. 60 zu § 1 GUVG). (Zu vgl. auch Rekursentscheidung 2171, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1906 S. 635.)

§ 584 RVO. bezieht sich nur auf den Ersatzanspruch der Kasse und stellt keine Rechtsvermutung zugunsten des Verletzten für seine Rentenansprüche auf.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 9. September 1913.

Aus den Gründen:

§ 584 RVO. bestimmt: „Hat die Genossenschaft zu einer Zeit, für die sie nach § 558 entschädigungspflichtig ist, die Fürsorge für den Verletzten nicht übernommen, und hat ihm für eine solche Zeit die Krankenkasse . . . nach den §§ 182, 184, 185 Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt, so gilt der Verletzte für diese Zeit als völlig erwerbsunfähig." Nimmt man an, daß diese Vorschrift das bestimmt, was sie nach ihrem bloßen Wortlaut zu bestimmen scheint, so würde F., wenn auch nicht ganz für beide obenerwähnten Krankfeierzeiten, so doch mindestens für die erste

Digitized by Google

Krankfeierzeit vom 30. Dezember 1910 bis 23. Januar 1911 und für den Anfang der zweiten Krankfeierzeit, d. i. den 11. Mai bis zum 17. Juni 1911, einen Anspruch auf Vollrente haben. Denn er hat, wie oben erwähnt, in Zeiten, die nach dem Beginn der vierzehnten Woche nach dem Unfall liegen, nämlich vom 30. Dezember 1910 bis 23. Januar 1911 für 19 Tage und vom 6. Mai bis 10. Oktober für insgesamt 133 Tage Krankengeld bezogen und die beklagte Berufsgenossenschaft hat erst am 17. Juni 1911 einen Rentenvorschuß von 100 M. an ihn übersandt, also die Fürsorge für ihn übernommen. Er würde also nach dieser neuen Gesetzesvorschrift bei den gegebenen Voraussetzungen für diese Zeiträume „als völlig erwerbsunfähig" gelten, d. h. Anspruch auf Vollrente haben, und die neue Vorschrift würde gemäß Art. 60 Einf.Ges. z. RVO. hier schon anzuwenden sein, weil es sich um eine für die zahlenmäßige Berechnung der Entschädigung gegenüber dem alten Recht dem Verletzten zweifellos günstigere Bestimmung und im gegebenen Streitverfahren auch um die erste Feststellung der Entschädigung handelt. Das Reichsversicherungsamt hat jedoch nicht angenommen, daß die Bestimmung des § 584 RVO. diese anscheinend ihrem Wortlaut entsprechende Bedeutung habe, ist vielmehr der Ansicht, daß der § 584 RVO. sich nur auf Ersatzansprüche der Krankenkassen gegenüber den Berufsgenossenschaften bezieht und keine Rechtsvermutung zugunsten des Verletzten für seine Rentenansprüche gegenüber der Berufsgenossenschaft aufstellt. Zwar hat § 584 bereits mancherlei Ortes die Auslegung erhalten (z. B. im Kommentar zur RVO., Buch III von Moesle und Dr. Rabeling), daß er eine nicht entkräftbare Rechtsregel dahin aufstelle, daß der Verletzte unter den angegebenen Voraussetzungen während des Krankengeldbezuges nach Ablauf der Wartezeit völlig erwerbsunfähig im Sinne der Unfallversicherung gewesen sei, so daß er für diese Zeit Anspruch auf Vollrente habe. Für diese Auslegung läßt sich auch aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift folgendes anführen: Sie verdankt einem Beschlusse der Reichstagskommission ihre Entstehung und nach dem Kommissionsbericht (vgl. Nr. 946 der Drucks. des Reichstages, 12. Legislaturperiode, 2. Session, 1909—11, 3. Teil S. 61) hat ein Antragsteller zur Begründung ausgeführt, der Antrag bezwecke, die Streitigkeit aus der Welt zu schaffen, ob in Fällen dieser Art die Berufsgenossenschaft dem Verletzten für die Zeit, in der er nach dem Urteil des Kassenarztes arbeitsunfähig gewesen ist, ohne weiteres die Vollrente bezahlen müsse. Diese sei, wird dort gesagt, sicher angemessen, da ja der Verletzte während dieser Zeit tatsächlich erwerbslos gewesen sei. Nach Unterstützung dieser Ausführungen durch mehrere Abgeordnete ist auch, abschon ein Vertreter der verbündeten Regierungen noch Bedenken geltend machte, der Antrag angenommen worden und er hat in zweiter Lesung, ohne Aenderung des sachlichen Inhalts, dann diejenige Fassung erhalten, welche in dem § 584 RVO. Gesetz geworden ist. Demgegenüber ist zunächst zu bemerken, daß nach den Erfahrungen der Praxis Streitigkeiten darüber, ob der Unfallverletzte in Zeiten des Bezuges des Krankengeldes als völlig erwerbsunfähig zu gelten und Anspruch auf die Vollrente haben solle, zwischen dem Verletzten und der Berufsgenossenschaft nur verhältnismäßig selten, in bedeutsamer Zahl vielmehr nur zwischen Krankenkassen und Berufsgenossenschaften entstanden, beziehungsweise zur Kenntnis gelangt sind. Das ist auch ganz natürlich, denn der Verletzte hatte beim Bezuge des Krankengeldes neben einer mehr oder weniger hohen Unfallrente und den Kosten des Heilverfahrens regelmäßig so viel erhalten, daß er mindestens annähernd den Betrag seiner Einnahmen aus Arbeitsverdienst in gesunden Tagen, unter Umständen sogar mehr erreichte und vor Not geschützt war, während die Krankenkasse im Hinblick auf die Höhe ihres Ersatzanspruches für ihre Aufwendungen ein lebhaftes Interesse daran hatte, den Betrag der Unfallrente möglichst hoch festgestellt zu sehen.

Aus den weiteren Verhandlungen der Reichstagskommission über diese Fragen der Doppelleistungen an Unfallverletzte läßt sich ferner entnehmen, daß man es mindestens nicht als die bestimmte Absicht des Reichstages bezeichnen kann, dem Verletzten in Fällen der vorliegenden Art unter allen Umständen den Bezug der Vollrente zu sichern. Denn bei der Beratung des jetzigen § 584 wurde bereits ein dann bei § 1487 des Entwurfs (jetzt § 1506 des Gesetzes) endgültig erörterter und abgelehnter Antrag — Nr. 465 — (vgl. Komm.Bericht a. a. O. 5. Teil S. 4 ff.) bemängelt, wonach aus der Unfallrente Ersatz für Kassenleistungen nur in dem Umfange sollte gefordert werden können, daß dem Kranken an Krankengeld und Unfallrente jedenfalls ein der Vollrente gleichkommender Betrag verbliebe. Ferner wurde bei der endgültigen Besprechung dieses Antrages — Nr. 465 — gegenüber dem zur Begründung angeführten Gedanken, daß man unter Umständen den armen Kranken wohl den Bezug von mehr als der Vollrente gönnen könne, geltend gemacht, daß der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung sich mit dem Begriff der Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Unfallversicherung nicht decke und daß durch den Antrag insofern eine offenbare Unbilligkeit herbeigeführt werde, als demjenigen, dem nach Unfallrecht die Vollrente zustehe, der also vom

Digitized by Google

Unfall am schwersten betroffen sei, am meisten abgezogen, den weniger Verletzten mit Teilrenten für die fragliche Zeit aber die Vollrente sichergestellt werden solle. Diese Ausführungen können, was die Wirkung des § 584 bei einer Auslegung im Sinne einer Rechtsvermutung zugunsten des Verletzten anlangt, noch durch folgende Feststellung ergänzt werden. Soll der Verletzte, gleichviel wie hoch seine wirkliche Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Unfallversicherung ist, in Zeiten des Krankengeldbezuges vor Eintreten der Berufsgenossenschaft schlechthin als völlig erwerbsunfähig behandelt werden, so ist sein Gewinn an Rente um so größer, je geringer seine wirkliche Erwerbsunfähigkeit ist. Wer völlig erwerbsunfähig ist, erhält im Ergebnis Krankengeld, und von der ihm an sich zustehenden Vollrente nach Berichtigung des Ersatzanspruchs der Krankenkasse nur die Hälfte, also Krankengeld und halbe Vollrente. Wer 50% erwerbsunfähig ist, erhält ebensoviel, obwohl ihm bei halber Erwerbsunfähigkeit an sich nur eine Teilrente von 50%, von der bis zur Hälfte für Krankengeld zu erstatten ist, also im Ergebnis plus ein Halb von 50% Unfallrente gleich 25% Unfallrente zusteht. Der Kläger im vorliegenden Fall würde im Ergebnis bei 20% Erwerbsunfähigkeit Krankengeld und halbe Vollrente gar statt der ihm an sich zustehenden Summen von Krankengeld und ein Halb von 20% gleich 10% Unfallrente erhalten. Je geringer also die wirkliche Erwerbsunfähigkeit, desto höher würde relativ der sachlich ungerechtfertigte Doppelbezug aus Krankenversicherung und Unfallversicherung sein. Das ist ein Ergebnis von sachlicher Ungerechtigkeit, daß der Gesetzgeber nicht gewollt haben kann.

Eine nur dem Wortlaut entsprechende Auslegung des § 584 ergibt aber noch weitere Bedenken. Schon in ihrer beschränkten Bedeutung für die Höhe des Ersatzanspruchs der Krankenkasse ergibt sich das Eigentümliche, daß, wenigstens dem Wortlaut nach die Höhe der Leistungspflicht der Berufsgenossenschaft von der einseitigen Stellungnahme der Krankenkasse zu der Frage, ob sie Krankengeld gewähren *will*, abhängig gemacht ist, ohne daß die Berufsgenossenschaft und die im Streitfall entscheidenden Instanzen nachzuprüfen in der Lage sind, ob das Krankengeld mit Recht oder Unrecht gewährt ist. Denn die Annahme völliger Erwerbsunfähigkeit ist nur von der Tatsache des Krankengeldbezuges, nicht wie in § 13 GUVG. die Rentenpflicht der Berufsgenossenschaft in der Wartezeit vom Wegfall des Anspruchs auf Krankengeld abhängig gemacht. Das läßt sich hier vielleicht ertragen, eben weil in der Krankenkasse ein Träger der Arbeiterversicherung der Berufsgenossenschaft gegenübersteht, der zunächst selbst zahlen muß, der zu sorgfältiger und ordnungsmäßiger Geschäftsführung wie ein Vormund verpflichtet ist und im Aufsichtswege angehalten werden kann, und weil ferner der Krankenkasse in § 1512 RVO. unter Strafandrohung eine weitgehende Anzeigepflicht gegenüber dem Träger der Unfallversicherung auferlegt und bei Erfüllung diese Anzeigepflicht die Berufsgenossenschaft in der Lage ist, rechtzeitig zum Schutz ihrer Interessen in das Entschädigungsverfahren einzutreten. Anders ist es mit dem Verletzten. Für ihn besteht keine gesetzlich geordnete Pflicht zu besonderer Sorgfalt und Rücksicht gegenüber der Berufsgenossenschaft und noch weniger eine entsprechende Anzeigepflicht. Er hat sogar unter Umständen, um sich Doppelleistungen zu sichern, ein Interesse daran, die Anzeige an die Berufsgenossenschaft hinauszuschieben. Demgegenüber ist die Berufsgenossenschaft bis zu einem gewissen Grade machtlos, denn sie kann ohne jedes eigene Verschulden ohne Kenntnis des Sachverhalts bleiben und aus vielen Gründen verhindert sein, in das Entschädigungsverfahren einzutreten und die Fürsorge für den Verletzten zu übernehmen. Gerade der vorliegende Fall ist in dieser Beziehung lehrreich und zeigt, wie ungünstig die Lage der Berufsgenossenschaft ist; denn gerade hier ist der Berufsgenossenschaft der Unfall erst nach Beginn der vierzehnten Woche seit dem Unfall gemeldet worden, offenbar weil sich der Verletzte bis dahin darüber ausgeschwiegen hatte, und trotz alsbaldiger sorgfältiger Einleitung und Durchführung der erforderlichen Ermittelungen ist es der Berufsgenossenschaft dann erst im Juni 1911, also fast dreiviertel Jahre nach dem Unfall möglich gewesen, in bejahendem Sinne zur Frage des Betriebsunfalls usw. Stellung zu nehmen. Allerdings kann im vorliegenden Fall nicht festgestellt werden, daß der Verletzte böswillig die Unfallmeldung hinausgezögert habe, aber die Tatsache des Verlaufes der Dinge im gegebenen Fall zeigt doch, wie wenig die Berufsgenossenschaften unter Umständen in der Lage sind, sich gegen etwaige Nachteile aus der Bestimmung des § 584 RVO. zu schützen und wie leicht es einem Verletzten möglich wäre, sich die Vorteile einer Doppelleistung an Krankengeld und Unfallrente bis zur Vollrente zu verschaffen.

Gegenüber dem Gewicht dieser inneren sachlichen Gründe, welche gegen die Anerkennung einer Rechtsregel in bezug auf die Höhe des Anspruchs des Verletzten aus § 584 RVO. sprechen, würde es nur dann gerechtfertigt sein, die einfache Wortauslegung als bindende Grundlage für die Entscheidung anzusehen, wenn der Wortlaut ganz unzweideutig und auch bei Heranziehung der sonst zur Verfügung stehenden Auslegungsmittel einer anderen Deutung nicht fähig wäre. Das ist aber nicht der Fall. Die

Digitized by Google

Entstehungsgeschichte und die von Mitgliedern der gesetzgebenden Faktoren abgegebenen Erklärungen, die übrigens nur unterstützend, nicht allein ausschlaggebend bei der Auslegung gesetzlicher Bestimmung in Betracht kommen, bieten, wie bereits dargelegt, eine sichere Grundlage für die Erkennung der Absicht des Gesetzgebers und die Bedeutung der in Frage stehenden Gesetzbestimmung nicht dar. Bleibt zu prüfen der Zusammenhang, in dem äußerlich und innerlich die auszulegende Bestimmung mit dem übrigen Gesetz steht. Denn es gilt für die Reichsversicherungsordnung wie für viele, wenn nicht die meisten Gesetze der Satz, daß einzelne Bestimmungen, wenn sie aus dem Zusammenhang des Ganzen herausgenommen und lediglich dem Wortlaute nach ausgelegt werden, einen ganz falschen Sinn erhalten. Aeußerlich steht der § 584 RVO. in einem Abschnitt, der überschrieben ist „Gegenstand der Versicherung", und der in der Hauptsache die Art und den Umfang der Ansprüche der Versicherten regelt. Spricht diese Tatsache dafür, daß auch § 584 einen Anspruch der Versicherten regeln will, so ist doch zu beachten, daß in dem Abschnitt sich eine Gruppe von Bestimmungen (§§ 573—585) befindet, die zu einem wesentlichen Teil neben Ansprüchen der Versicherten aus der Unfallversicherung auch Leistungen der Krankenversicherung und namentlich auch Beziehungen der Unfallversicherungsträger zum Unternehmer, zu Krankenkassen usw., insbesondere gegenseitige Ersatzansprüche derselben begründet und ordnet. Insbesondere steht der § 584 zwischen zwei Paragraphen, welche ausschließlich von solchen Beziehungen und Ersatzansprüchen handeln, indem § 583 den Uebergang von Ansprüchen des Verletzten gegen Krankenkasse und Unternehmer begründet, während § 585 die Art des Verfahrens bei Streitigkeiten über Ersatzansprüche aus den §§ 573 ff. regelt. Das läßt den Schluß zu, daß auch die in der Mitte stehende Bestimmung nur eine Beziehung zwischen Krankenkasse und Unfallversicherungsträger regeln solle. Dem kann man nicht entgegenhalten, daß diese Beziehungen vom Gesetzgeber grundsätzlich in das Fünfte Buch der Reichsversicherungsordnung verwiesen worden seien, und daß deshalb § 584, wenn er nur eine solche Bedeutung haben sollte, im Fünften Buch stehen müßte. Denn dasselbe würde von den anderen Ersatzansprüchen usw. gelten, welche die §§ 573 ff. regeln, bei denen schon nach dem Wortlaut gar kein Zweifel bestehen kann, daß es sich lediglich um Beziehungen und Ersatzansprüche der Versicherungsträger zu- und gegeneinander handelt.

Was die innere Beziehung des § 584 zu verwandten Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung anlangt, so ist zu beachten, daß der Gesetzgeber Doppelleistungen aus mehreren Zweigen der Arbeiterversicherung nur in bestimmtem Umfang zugelassen und durch Begründung von Ersatzansprüchen der Versicherungsträger aus den dem Versicherten gegen einen anderen Versicherungsträger usw. zustehenden Leistungen zum Teil in der Form des Uebergangs des Anspruchs auf solche Leistungen begrenzt hat. Aus dem Rahmen dieser namentlich in den mehrerwähnten §§ 573 ff. und im Fünften Buch der Reichsversicherungsordnung festgelegten Begrenzung würde ein Doppelanspruch, wie er hier abgelehnt werden soll, vollständig herausfallen. Allerdings begründet der § 584 auch in dem beschränkten Sinne, wie er hier verstanden wird, zugunsten der Krankenkasse noch einen Vorteil hinsichtlich des Maßes ihres Ersatzanspruches, der über das ihr sonst zugestandene Maß erheblich hinausgeht. Immerhin hat das für die Krankenkasse noch einen guten Sinn, während ein solcher Vorteil für den Versicherten nicht nur jeder inneren Berechtigung entbehren, sondern, wie oben erörtert, sogar zu offenbaren Ungerechtigkeiten, nämlich zur Bevorteilung der minder Geschädigten gegenüber den schwerer Geschädigten führen würde. Hinsichtlich der Krankenkasse, die bei Erkrankungen infolge von Betriebsunfällen vom Zeitpunkt des Beginns der Entschädigungspflicht des Unfallsversicherungsträgers an in gewissem Sinne nur noch subsidiär verpflichtet sein soll, läßt es sich wohl rechtfertigen, wenn man das Maß ihres Ersatzanspruchs für die Zeit vom Beginn der Entschädigungspflicht des Unfallversicherungsträgers an möglichst hoch bemißt, sofern dieser gleichviel aus welchem Grunde nicht selbst eingetreten ist, weil eben von diesem Zeitpunkt seiner Verpflichtung an der Unfallversicherungsträger möglichst an Stelle des Trägers der Krankenversicherung treten und diesen entlasten soll. Das läßt sich auch unter dem Gesichtspunkt rechtfertigen, daß diese bedingte Anordnung einer erhöhten Ersatzpflicht für den Unfallversicherungsträger ein Ansporn ist, möglichst schnell seinerseits die ihm obliegende Fürsorge für den Versicherten zu übernehmen. Andererseits reicht die erhöhte Ersatzpflicht gegenüber der eintretenden Krankenkasse aber auch aus, um diesem Gesichtspunkt eines Ansporns gerecht zu werden, so daß man aus der Annahme, der Gesetzgeber habe mit § 584 RVO. einen solchen Ansporn für den Unfallversicherungsträger beabsichtigt, für die Begründung eines Anspruchs des Versicherten selbst wieder nichts folgern kann.

Nach alledem hat der erkennende Senat angenommen, daß der § 584 RVO. keine Rechtsvermutung zugunsten des Verletzten für seine Rentenansprüche gegenüber der Berufsgenossenschaft aufstellt.

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Ueber den Begriff des Orchestermitglieds im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 4 RVO., über die Berechnung der Verdienstgrenze von 2000 M. und über die Ermittlung der maßgebenden Lohnklasse.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Juli 1913.

Es handelte sich um die Versicherungspflicht von fünf Musikern, die in einem Kaffeehaus in der Stadt C. zur Unterhaltung der Gäste spielten. Die Entscheidung des Versicherungsamts wurde im Anschluß an die Entscheidung 1710 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1913 S. 483) aufgehoben und die Sache an das Versicherungsamt zur anderweiten Entscheidung zurückverwiesen. Dabei wurden der Vorinstanz die folgenden Richtlinien an die Hand gegeben:

Unter der Herrschaft des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes und des Invalidenversicherungsgesetzes wurden die bei Musikaufführungen ohne höheres Kunstinteresse mitwirkenden Personen mangels einer besonderen gesetzlichen Vorschrift den „Gehilfen" zugerechnet (zu vgl. Ziff. 19 Abs. 3 a. E. der Anleitung über den Kreis der nach dem Invalidenversicherungsgesetze versicherten Personen vom 6. Dezember 1905 — Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1905 S. 613 ff. —). Dabei wurde entsprechend der Auffassung der Gewerbeordnung musikalischen Darbietungen in Gastwirtschaften usw., unbeschadet der Leistungen der einzelnen Mitwirkenden, ein höheres Kunstinteresse abgesprochen. Hiernach waren derartige Musiker bis zum 31. Dezember 1911 versicherungspflichtig, auch wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst den Betrag von 2000 M. überstieg. Nur dann wäre dieser Betrag schon nach altem Rechte von Erheblichkeit, wenn Musiker unter Umständen als „Angestellte" betrachtet werden könnten. Diese Möglichkeit, auf die auch der Kommissionsbericht zum Vierten Buche der Reichsversicherungsordnung hindeutet, wurde in der Entscheidung 1088 (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1903 S. 572) offengelassen. Das Reichsversicherungsamt hat es indes auch nach nochmaliger Prüfung nicht für ausführbar angesehen, Merkmale anzustellen, bei deren Vorhandensein Musiker der hier in Rede stehenden Art als Angestellte gelten könnten.

Die Reichsversicherungsordnung hat den Begriff der „Bühnen- und Orchestermitglieder" in das Gesetz eingeführt und diese in § 1226 Nr. 4 ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen für versichert erklärt. Allerdings mit der aus § 1226 Abs. 2 sich ergebenden Beschränkung, daß die Versicherungspflicht aufhört, wenn der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst dieser Personen 2000 M. an Entgelt übersteigt. Es entsteht daher die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen seit dem 1. Januar 1912 die Versicherungspflicht der Musiker noch nach Nr. 1 des § 1226 RVO. beurteilt werden kann. Durch die Einbeziehung der Bühnen- und Orchestermitglieder „ohne Rücksicht auf den Kunstwert der Leistungen" wollte der Gesetzgeber (zu vgl. die Begr. zum Entw. der Reichsversicherungsordnung S. 387) wiederholten Wünschen der beteiligten Kreise entsprechend mit der bisherigen Rechtsübung, die das gesamte Gepräge des Unternehmens entscheidend sein ließ, brechen. Er wollte auch die eine höhere künstlerische Tätigkeit entfaltenden, aber mindergelohnten Bühnenangehörigen und Musiker der Versicherungspflicht unterstellen. Der Gesetzgeber gebraucht aber nicht das Wort „Musiker", sondern spricht von „Orchestermitgliedern". Nach allgemeinen Auslegungsregeln ist daher anzunehmen, daß Orchestermitglieder, die bisher unter den Gehilfenbegriff des Invalidenversicherungsgesetzes gebracht wurden, jetzt unter Abs. 1 Nr. 4 des § 1226 RVO. einzureihen sind, wie auch Handlungsgehilfen und Gehilfen in Apotheken durch ihre besondere Erwähnung in Nr. 3 des § 1226 aus Nr. 1 dieses Paragraphen herausgehoben werden. Anderseits können aber Musiker, die nicht Orchestermitglieder sind, nach wie vor unter Nr. 1 des § 1226 fallen, wenn sie nämlich ihr Gewerbe in Abhängigkeit von einem Arbeitgeber ausüben. Um die Grenze zwischen der einen und der anderen Gruppe zu finden, bedarf es der Feststellung des Begriffs „Orchester". Bei der Beratung des Gesetzentwurfs in der Reichstagskommission (zu vgl. der Kommissionsber. a. a. O. S. 18) stellte ein Mitglied der Kommission die Frage, wie der Ausdruck Orchester zu verstehen sei, ob insbesondere ein Orchester schon anzunehmen sei, wenn drei oder vier Personen sich zu gemeinsamen musikalischen Veranstaltungen vereinigten. Hierauf erwiderte ein Regierungsvertreter:

> Der Begriff des „Orchesters" sei allerdings etwas unbestimmt, jedenfalls setze er voraus, daß sich mehrere Musiker zu musikalischen Darbietungen vereinigten und dabei einem Leiter derart unterordneten, daß sie als Gehilfen des Leiters, nicht als dessen Mitunternehmer anzusehen seien. Auch hier werde also die Entscheidung je nach den Umständen des einzelnen Falles zu treffen sein. Für die Annahme eines Orchesters sei eine bestimmte Mindestzahl von Mitwirkenden wohl kaum erforderlich, so daß auch bei drei

Digitized by Google

oder vier Personen die Annahme eines „Orchesters" grundsätzlich nicht ausgeschlossen sei.

Diese Erklärung hält in ihrem ersten Teile künstlerische und wirtschaftliche Gesichtspunkte nicht hinreichend auseinander. Wird es begrifflich für notwendig erachtet, daß ein Orchester einen Leiter hat, so handelt es sich dabei um ein künstlerisches Erfordernis. Mit den Worten „Gehilfen" und „Mitunternehmer" werden aber wirtschaftliche Gesichtspunkte berücksichtigt, die für die Begriffsbestimmung des Orchesters nicht wesentlich sind. Denn dem Wesen des Orchesters kann es keinesfalls einträglich sein, wenn sowohl der Kapellmeister als die Mitglieder Angestellte eines Dritten, z. B. einer Hoftheaterintendanz oder einer Stadtgemeinde sind, oder wenn sich der Kapellmeister und die Musiker in das wirtschaftliche Erträgnis des Unternehmens teilen, also insofern Mitunternehmer sind. Um zu einer schärferen Bestimmung des Begriffs „Orchester" zu gelangen, hat das Reichsversicherungsamt den Verband Deutscher Orchester- und Chorleiter, den Allgemeinen Deutschen Musikerverband und den Deutschen Orchesterbund um gutachtliche Aeußerung ersucht. Nach Ansicht dieser sachverständigen Stellen kann der vorerwähnten Aeußerung des Regierungsvertreters insoweit zugestimmt werden, als für den Begriff Orchester (Salonorchester) das Zusammenspiel von mindestens drei Musiker genügt, die sich bei ihren Darbietungen in musikalischer Hinsicht dem Willen eines einzelnen unterordnen. Die Hauptaufgabe des letzteren besteht in der Leitung der Aufführung. Dabei ist es nicht ausgeschlossen, daß der Leiter in einzelnen Stücken eine Stimme, die aber bereits im Orchester vertreten sein muß, beispielsweise die erste Violine, mitspielt. Eine wirtschaftliche Abhängigkeit der Orchestermitglieder von dem musikalischen Leiter ist dagegen begrifflich nicht notwendig. Ist ein musikalischer Leiter nicht vorhanden, dann handelt es sich lediglich um das Zusammenspiel mehrerer Musiker, die in Fällen der vorliegenden Art in der Regel als Gehilfen des Wirtes zu betrachten sein werden (zu vgl. Entsch. 1639, Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 940) und als solche ohne Rücksicht auf die Höhe des Entgelts versicherungspflichtig sind (zu vgl. Kommissionsber. a. a. O. S. 19 Schlußsatz zu § 1212).

Nach diesen Richtlinien wird das Versicherungsamt die erforderlichen Feststellungen zu treffen haben. Soweit dabei die Verdienstgrenze von 2000 M. in Betracht kommt, wird es nicht genügen, wenn die Musiker während ihrer Beschäftigung in dem H.schen Lokal einen Verdienst gehabt haben, der auf das Jahr berechnet den Betrag von 2000 M. überschreitet. Es wird vielmehr zu prüfen sein, ob nicht durch geringere Einnahmen in anderen Stellungen und durch Zeiten der Beschäftigungslosigkeit der regelmäßige Jahresarbeitsverdienst hinter 2000 M. zurückbleibt.

Was endlich die Lohnklasse der zu verwendenden Beiträge betrifft, so hat das Versicherungsamt die Entrichtung von Beiträgen der IV. Lohnklasse mit der Begründung angeordnet, daß die Musiker zu der in Frage kommenden Zeit einer Krankenkasse nicht angehörten. Diese Begründung ist rechtsirrtümlich. Wenn auch die Musiker bei der zuständigen Krankenkasse nicht gemeldet waren, so ist doch zu beachten, daß nach der Rechtsprechung des Preuß. Oberverwaltungsgerichts (Bd. 37 der Entsch. dieses Gerichtshofs S. 378) die Mitglieder von Kapellen, bei deren Leistungen ein höheres künstlerisches Interesse nicht obwaltet, gegebenenfalls krankenversicherungspflichtig sind. Inwieweit etwa nach dem Inkrafttreten des Zweiten Buches der Reichsversicherungsordnung eine andere rechtliche Beurteilung geboten sein wird, kann hier dahingestellt bleiben. Um eine Kapelle der bezeichneten Art handelt es sich hier. Die Vorschrift des § 1246 Abs. 2 Nr. 1 RVO. (§ 34 Abs. 2 Ziff. 1 IVG.) wollte nun offenbar die Entscheidung über die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes auf die Tatsache der Versicherungspflicht, nicht aber auf den zufälligen Umstand abstellen, ob der Beteiligte zur Krankenkasse angemeldet ist oder nicht (zu vgl. dazu die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 21. Dezember 1911, RGBl. 1911 S. 1130). Zu prüfen bleibt übrigens, ob hier etwa § 1247 RVO. (§ 34 Abs. 3 IVG.) anzuwenden ist.

Die Anfechtung gemäß § 1445 Abs. 3 RVO. muß gegenüber dem Versicherten erfolgen.

Revisionsentscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 9. Juli 1913.

Die Anfechtung setzt begrifflich voraus, daß sie gegenüber dem Versicherten, seinem gesetzlichen Vertreter oder seinem Bevollmächtigten abgegeben wird. Denn sie dient dem Zwecke, den Versicherten darüber aufzuklären, daß der Versicherungsträger die Beitragsentrichtung nicht als rechtswirksam anerkennt. Danach ist ein lediglich in den Akten der Versicherungsanstalt vermerktes Bestreiten der Versicherungspflicht unwirksam, und ebenso kommen Erklärungen der Beklagten gegenüber einem Dritten, insbesondere gegenüber einer Dienststelle, welche diese Erklärungen nicht weitergibt, nicht in Betracht (zu vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar zur Reichsversicherungsordnung 4. Buch Anm. 10 zu § 1445). Wenn die Beklagte in ihrer Revisionsschrift ausführt, aus der Revisionsentscheidung 1600 des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. des Reichsversicherungsamts 1912 S. 680) ergebe sich, daß

Digitized by Google

der Zeitpunkt der Anmeldung des Rentenanspruchs für die zehnjährige Frist des § 1445 Abs. 3 RVO. ausschlaggebend sei, so ist diese Schlußfolgerung irrig. Jener Entscheidung lag eine tatsächlich erfolgte Anfechtung von Beitragsmarken überhaupt nicht zugrunde; es ist dort nur ausgesprochen worden, daß, selbst wenn schon bei der Anmeldung des Rentenanspruchs am 1. Oktober 1910 eine Anfechtungserklärung abgegeben worden wäre, gleichwohl die bereits vor dem 1. Oktober 1900 aufgerechneten Marken den Schutz des § 1445 Abs. 3 RVO. genießen und in ihrer rechtsgültigen Verwendung nicht mehr angefochten werden können. Es war also dort nur beispielsweise ein besonders früher Anfechtungstermin unterstellt worden, um die Tragweite der Schutzwirkung des § 1445 Abs. 3 RVO. zu erläutern und klarzustellen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Konferenz der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften des Deutschen Reichs.

Vom 8. bis 11. August d. J. haben die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften in Oldenburg ihre ordentliche Jahreskonferenz abgehalten. Vertreten waren nahezu sämtliche 49 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften einschließlich der Gärtnereiberufsgenossenschaft.

Punkt 1 der Beratungsordnung betraf: Die Entstehung des Entwurfs zu revidierten Unfallverhütungsvorschriften für landwirtschaftliche Maschinen und die wesentlichen Unterschiede von dem in der Detmolder Konferenz 1903 vorgelegten Entwurf.

Den Bericht erstattete der Vorsitzende der Ständigen Kommission Herr Geheimer Regierungsrat Noetel-Posen. Die Revision der seinerzeit von der Ständigen Kommission in acht Teilen ausgearbeiteten Unfallverhütungsvorschriften für Land- und Forstwirtschaft ist in der vorjährigen Konferenz zu München beschlossen worden. Die Revision des Teils I: Unfallverhütungsvorschriften für landwirtschaftliche Maschinen verfolgt den besonderen Zweck, Vorschriften zu schaffen, die in einheitlichem Wortlaut von sämtlichen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften angenommen werden sollen, damit, nachdem dies geschehen sein wird, die Fabrikanten und Händler landwirtschaftlicher Maschinen verpflichtet werden können, nur noch Maschinen zu liefern, welche diesen neuen Vorschriften entsprechend geschützt sind.

Der Aufbau des Entwurfs unterscheidet sich wesentlich von den früher in Detmold beratenen Vorschriften. Der neue Entwurf enthält zunächst allgemeine Bestimmungen, die für alle landwirtschaftlichen Maschinen Geltung haben sollen, sodann besondere Bestimmungen, in denen Ergänzungen oder Abweichungen von den allgemeinen Bestimmungen für einzelne Maschinenarten (Kraftmaschinen und Triebwerke, ferner Dreschmaschinen, Futterschneidemaschinen, Maschinen zur Zerkleinerung von Hackfrüchten, Milchzentrifugen und Kreissägen) vorgesehen sind.

Diese allgemeinen und besonderen Bestimmungen sind auf die Einführung in übereinstimmendem Wortlaut bei allen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften berechnet. Der dritte Teil: Ausführungsbestimmungen soll, abgesehen von den Anordnungen über die Bekanntmachung der Unfallverhütungsvorschriften und den Strafbestimmungen, solche Vorschriften enthalten, welche den eigenartigen Verhältnissen der einzelnen Berufsgenossenschaften Rechnung tragen, also beispielsweise Bestimmungen über das Alter von Kindern, die an landwirtschaftlichen Maschinen nicht beschäftigt werden dürfen, über die Unfallschutzanforderungen an vorhandenen älteren Maschinen usw.

Der neue außerordentlich kurz gefaßte Entwurf ist unter weitgehender Mitwirkung des Vereins der Fabrikanten landwirtschaftlicher Maschinen aufgestellt worden.

Bei Punkt 2 wurde in die Beratung der Einzelvorschriften des neuen Entwurfs eingetreten, über welche die Mitglieder der Ständigen Kommission Bericht erstatteten. Die Beratung war sehr eingehend, da aus der Mitte der Versammlung eine große Anzahl von Anträgen und Anregungen vorgebracht wurde. Von den Anträgen wurden einige auf Aenderung des Entwurfs abzielende angenommen. Die Anregungen wurden der Ständigen Kommission zur Erwägung, ob und inwieweit sie zu berücksichtigen seien, für die Schlußredaktion überwiesen.

Zu Punkt 3: Die weitere geschäftliche Behandlung des Entwurfs der revidierten Unfallverhütungsvorschriften für landwirtschaftliche Maschinen, insbesondere die Herstellung und Beigabe von Abbildungen berichtete Herr Geheimer Regierungsrat Noetel, ebenso über Punkt 4: Die Fortsetzung der Revision der von der Ständigen Kommission ausgearbeiteten Unfallverhütungsvorschriften der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften.

Die Anträge der Ständigen Kommission wurden angenommen. Danach sollen im nächsten Jahre Entwürfe zu revidierten Unfallverhütungsvorschriften für landwirtschaftliche Geräte und Sprengmittel, für landwirtschaftliche Vieh- und Fuhrwerkshaltung sowie für landwirtschaftliche Bauhaltung vorgelegt werden.

Nunmehr wurde übergegangen zu Punkt 5, zur Beratung einer Ergänzung der bestehenden Unfallverhütungsvorschriften der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und zwar

a) gemäß Ziff. 2 Nr. 1 des Rundschreibens des Reichsversicherungsamt vom 20. März 1913 — I, 4075 — (Bekanntgabe in fremden Sprachen). Berichterstatter: Herr Landesrat Dr. Große-Düsseldorf.
b) Gemäß Ziff. 2 Nr. 2 des Rundschreibens (Nebenbetriebe, die ihrer Art nach einer anderen Berufsgenossenschaft zuzuteilen wären). Berichterstatter: Herr Geheimer Regierungsrat Dr. Schroeder-Kassel.
c) Gemäß Ziff. 2 Nr. 3 des Rundschreibens (Strafbestimmungen). Berichterstatter: Herr Geheimer Oberregierungsrat Jung-Karlsruhe.
d) Gem. Ziff. 2 Nr. 5 des Rundschreibens (Uebertragung von Unternehmerpflichten). Berichterstatter: Herr Geheimer Regierungsrat Noetel-Posen.
e) Fassung des Nachtrags zu den bestehenden Unfallverhütungsvorschriften. Berichterstatter: Herr Geheimer Regierungsrat Noetel-Posen.

Die Vorschläge der Ständigen Kommission fanden mit einigen vom Reichsversicherungsamt gewünschten Aenderungen Zustimmung.

Digitized by Google

Zu Punkt 6 berichtete Herr Geheimer Regierungsrat Dr. Schroeder-Kassel über die Auseinandersetzung der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften mit der Gärtnerei-Berufsgenossenschaft wegen des bei Betriebsüberweisungen an die Gärtnerei-Berufsgenossenschaft von letzterer zu übernehmenden Teils der Zinsen- und Tilgungsbeträge für die schwebende Schuld (§§ 960, 644, 779 RVO.).

Ein bestimmter Vorschlag konnte noch nicht gemacht werden, weil die Stellungnahme der Gärtnerei-Berufsgenossenschaft noch nicht erfolgt war. Die Ständige Kommission wurde beauftragt, die Vereinbarung zu treffen.

Der nächste Punkt 7 wurde von Herrn Oberregierungsrat Wissing-München behandelt. Er betraf die Frage: Sind die Bundesratsbestimmungen über die Berechnung des Abfindungskapitals in der Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 21. Dezember 1912 für die Versicherungsträger bindend, so daß auch dann, wenn bei voraussichtlich lebenslänglichem Rentenbezuge das Abfindungskapital offenbar zu niedrig bemessen erscheint, ein höherer Betrag nicht bewilligt werden kann? Der Berichterstatter gelangte zur Verneinung der Frage. Die Konferenz schloß sich dem an.

Bei Punkt 8 sollte die Zulässigkeit der Mitteilung von berufsgenossenschaftlichen Akten oder Aktenteilen an private Haftpflichtversicherungsgesellschaften nach § 141 RVO. von Herrn Geheimem Oberregierungsrat Jung-Karlsruhe behandelt werden. Dieser beschränkte sich indes auf eine knappe Mitteilung über den gegenwärtigen Stand der Frage, welche von der Ständigen Kommission weiter behandelt werden soll, da noch eine weitere Stellungnahme des Reichsversicherungsamts zu erwarten steht.

Zu Punkt 9: Neuwahlen von nichtständigen Mitgliedern des Reichsversicherungsamts und Stellvertretern durch die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften berichtete Herr Geheimer Regierungsrat Noetel-Posen, indem er nähere Mitteilung über die im Reichsversicherungsamt erhaltene Auskunft machte. Die Vorbereitung der voraussichtlich erst im nächsten Jahre vorzunehmenden Wahlen wurde der Ständigen Kommission übertragen.

Schließlich machte der Vorsitzende der Ständigen Kommission, Herr Geheimer Regierungsrat Noetel zu Punkt 10 eine Reihe von Mitteilungen, die mehrfach zu weiteren Erörterungen führten. Zu erwähnen ist u. a. die Anregung des Herrn Präsidenten des Reichsversicherungsamts, ein Zusammenwirken der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften mit dem Roten Kreuz auf dem Gebiete der ersten Hilfe herbeizuführen. Die Konferenz nahm diesen Gedanken beifällig auf und beauftragte die Ständige Kommission, in Verhandlungen über die praktische Durchführung einzutreten.

Sodann wurde über die Beschlüsse des am 4. und 5. Juli in Elberfeld abgehaltenen deutschen Aerztetages berichtet, soweit sie die Regelung des Verhältnisses der Aerzte zu den Berufsgenossenschaften betreffen. Die schwerwiegende Bedeutung dieser Beschlüsse wurde allseitig betont. Die Ständige Kommission wurde ersucht, den Standpunkt der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften zu vertreten und wenn es nötig erscheine, zur Herbeiführung einer Aussprache und Stellungnahme eine außerordentliche Konferenz der Deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften einzuberufen.

Die nächste ordentliche Konferenz soll nach der früher bestimmten Reihenfolge im nächsten Jahre in Weimar stattfinden.

Ueber Krankenkassenverbände, Landesvereine der Aerzte, Apotheker und ähnliche Vereinigungen

bringt Banzhaf (Stuttgart) in der „Zeitschrift für Arbeiterversicherung“ (herausgeg. v. Kälber, Verlag v. W. Kohlhammer in Stuttgart) folgende gedrängte Zusammenstellung:

Seit 1902 besteht eine Zentrale für das deutsche Krankenkassenwesen, die von der Zentralkommission der Krankenkasse Berlins und der Vororte ins Leben gerufen worten ist. Der Zweck dieser „Zentrale“ ist die Förderung aller Angelegenheiten, welche die Krankenkassen gemeinsam berühren, ferner die Hinwirkung auf ein einheitliches Vorgehen zur gedeilichen Weiterentwicklung der Krankenkassen u. a. m.

Zum persönlichen Meinungsaustausch und zur Beratung wichtiger Fragen werden von Zeit zu Zeit „Allgemeine Krankenkassenkongresse“ veranstaltet. Organ ist die „Deutsche Krankenkassenzeitung“, Erscheinungsort Berlin.

Noch länger, seit 1893, besteht der Zentralverband der Ortskrankenkassen im Deutschen Reiche (jetzt: „Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen“), Sitz: Dresden. Dieser Verband bezweckt ähnliches wie die Zentrale für das Krankenkassenwesen, nur mit Beschränkung auf die Ortskrankenkassen.

Er hält alljährlich „Jahresversammlungen“ ab. Organ: „Die Arbeiterversorgung“ (Berlin-Lichterfelde). Der „Hauptverband“ gliedert sich in „Unterverbände“ für die einzelnen Länder oder Landesteile.

Eine solche Vereinigung bildet auch der schon 1886 gegründete Württembergische Krankenkassenverband, dem zurzeit 37 Ortskrankenkassen, 58 Bezirkskrankenkassen, 100 Betriebskrankenkassen, 9 Gemeindekrankenversicherungen, 6 Innungskrankenkassen und 3 eingeschriebene Hilfskassen angehören. Er bezweckt Herbeiführung einer Gleichmäßigkeit in der Ausführung der Versicherungsgesetze, Schaffung einer gemeinsamen Statistik, Stellungnahme zu einschlägigen Gesetzesvorlagen. Einsetzung von Schiedsgerichten usw. zur Beilegung von Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Aerzten (Apothekern). Dem persönlichen Austausch von Meinungen und Ratserteilungen dienen unter anderem „Landesversammlungen“, die alljährlich stattfinden. Eine Einrichtung des Verbands ist das — gegen besonderen Beitrag von den einzelnen Kassenverwaltungen benützbare — Rechnungsrevisionsamt, das auch vom Verband der freien ärztlichen Vereinigungen Württembergs (s. unten) anerkannt wurde, und dem zugewiesen ist: die Prüfung der Apotheker- und Arztrechnungen und die Prüfung der Rezeptur der Aerzte in bezug auf sparsame Verordnungsweise usw. Als Beschwerdeinstanz gegen die von dem Revisionsamt erfolgten Revisionsbemerkungen und die von den Revisionskommissionen des Landes darauf abgegebenen Gutachten hat der Verband Fachschiedsgerichte geschaffen, die unter dem Vorsitz eines vom Ministerium des Innern ernannten Beamten aus je vier Vertretern der Aerzte (Apotheker) und der Krankenkassen bestehen; über diesen steht als Berufungsinstanz ein Landesschiedsgericht. Um eine Anrufung der Schiedsgerichte möglichst zu vermeiden, ist als Zwischenglied eine Einigungskommission (von dem Verband der ärztlichen Vereinigungen und dem Württ. Krankenkassenverband bzw. dem pharmazeutischen Landesverein gemeinsam beschickt) eingesetzt, die auch bei etwaiger Anrufung eines Schiedsgerichts zu dem Streitfall ihr — sonst nach Ablauf einer vierwöchigen Frist endgültiges — Gutachten abgibt.

Verbandsorgan ist die „Zeitschrift für Arbeiterversicherung und für Angestelltenversicherung“, Erscheinungsort Stuttgart.

Der Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, gegründet 29. Oktober 1907,

Digitized by Google

Sitz in Essen, bezweckt die Wahrung und Förderung der gemeinsamen Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen und befaßt sich auch mit dem praktischen Fragen der Krankenversicherung; er will den Verbandskassen in Arzt-, Apotheker- usw. Angelegenheiten und in Rechtsfragen zur Seite stehen. Dem Verband gehören zurzeit 18 Untervereinigungen mit zusammen rund 1950 Betriebskrankenkassen an. Organ ist die vom Verband rheinischer Betriebskrankenkassen herausgegebene Halbmonatsschrift „Die Betriebskrankenkasse" Erscheinungsort Essen a. Ruhr.

Als Unterabteilung schließt sich diesem Verband unter anderen an der Süddeutsche Betriebskrankenkassen-Schutzverband (gegründet 21. Januar 1908), Sitz in Augsburg. Er bezweckt dasselbe wie der Betriebskrankenkassenverband und umfaßt Bayern, Württemberg, Baden und Hohenzollern.

Eine besondere Stellung nimmt der am 28. September 1912 in Köln gegründete Verband Deutscher Krankenkassen (E. V.), ein, der seit 1913 „Gesamtverband Deutscher Krankenkassen" benannt ist. Dieser, dessen Sitz jetzt in Essen ist, strebt, auf nationalen Boden stehend, so ziemlich dasselbe an wie die übrigen Kassenverbände, nur will er sämtliche Krankenkassen umfassen, die nicht unter sozialdemokratischer Leitung stehen, namentlich schließt er sich an die christlichen und die Hirsch-Dunckerschen Gewerkschaften (s. unten) an; zurzeit umfaßt dieser Verband 42 Krankenkassen. Organ: „Die Krankenversicherung", Erscheinungsort Köln.

Auch die Innungskrankenkassen haben sich zu einem Verband zusammengeschlossen, dem Verband Deutscher Innungskrankenkassen. Dieser, dem zurzeit 146 Kassen angehören, wurde 1910 gegründet, Sitz in Hannover, er verfolgt ähnliches wie die anderen Kassenverbände, nur mit Beschränkung auf die Innungen.

Ebenso haben die privaten Knappschaftskassen in Deutschland zwecks Interessenvertretung sich vereinigt und bilden den allgemeinen deutschen Knappschaftsverband, gegründet 1907, Sitz in Berlin; Organ: „Der Kompaß".

Der Deutsche Aerztevereinsbund, gegründet 1875, ist die Vertretung der Gesamtheit der ärztlichen Standesvereine Deutschlands mit dem Sitz in Berlin; er veranstaltet alljährlich zu persönlicher Aussprache einen „Aerztetag". Organ: „Aerztliches Vereinsblatt für Deutschland" (mit sozialer ärztlicher Beilage), Erscheinungsort Berlin.

Dem Deutschen Aerztevereinsbund ist als wirtschaftliche Abteilung angegliedert:

Der Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, Sitz Leipzig (daher kurz „Leipziger Verband" genannt), gegründet im Jahre 1900. Dieser beschäftigt sich insbesondere bzw. ausschließlich mit der Wahrung der wirtschaftlichen Interessen der Aerzte gegenüber den Krankenkassen. (In seinen Bereich fällt auch die Aerzteunterstützungskasse, ein Stellennachweisbureau, Statistik u. a.). In den einzelnen Ländern sind von ihm Vertrauensmänner aufgestellt, die den Kontakt mit den betreffenden Landesverbänden herzustellen haben.

Der Verband der freien ärztlichen Vereinigungen Württembergs (kurz „Eßlinger Delegiertenverband" genannt), gegründet Herbst 1900, bezweckt die Durchführung der freien Aerztewahl bei den Krankenkassen Württembergs, sowie die Beratung der württ. Aerzte und Wahrung aller ihrer wirtschaftlichen Interessen, Sitz Stuttgart.

Seine Haupttätigkeit erstreckt sich zurzeit auf den Abschluß von Verträgen mit den über das ganze Land verbreiteten Krankenkassen, auf die Regelung der Honorarfrage u. dgl. (zu vgl. auch oben bei Württ. Krankenkassenverband und unten bei Stuttgarter Verein für freie Arztwahl). Organ: „Medizinisches Korrespondenzblatt", Erscheinungsort Stuttgart.

Unterabteilungen des Eßlinger Delegiertenverbands sind die Lokalvereine der einzelnen Landesbezirke, von denen am hervorragendsten ist:

Der Verein für freie Arztwahl in Stuttgart, gegründet Mai 1894; er bezweckt die Einführung der freien Arztwahl bei den Krankenkassen von Stuttgart und Umgebung, die Vertretung seiner Mitglieder diesen Kassen gegenüber, sowie die Wahrnehmung aller wirtschaftlichen Fragen der Aerzteschaft Stuttgarts; Sitz Stuttgart.

Von ihm wurde seinerzeit eine Anleitung zur ökonomischen Rezeptur ausgegeben, die nun als „Arzneiverordnung" von dem Württ. Kassenverband und dem Eßlinger Delegiertenverband zusammen neu bearbeitet und als Norm aufgestellt worden ist; desgleichen hat der Verein eine die staatliche Gebührenordnung ergänzende Gebührenordnung für seine Mitglieder ausgegeben. Für die Auslegung dieser beiden Gebührenordnungen ist im Bereich des Vereins für freie Arztwahl eine Honorarprüfungskommission eingesetzt.

Als offizielle — staatlich anerkannte — Standesvertretung der Aerzte Württembergs gilt der (1876) vom Kgl. Ministerium des Innern eingeführte ärztliche Landesverein. Als Unterorgane hat dieser acht ärztliche Bezirksvereine, die ebenfalls das „Medizinische Korrespondenzblatt" als Organ benützen.

Die Aufgabe des ärztlichen Landesvereins ist hauptsächlich: die Beratung allgemein sanitärer Maßnahmen und die Unterstützung des Medizinalkollegiums in der Begutachtung gesetzlicher Einrichtungen und von Vorschriften. Er veranstaltet alljährlich „Landesversammlungen".

Der Stuttgarter ärztliche Verein, gegründet 1872, ist eine rein wissenschaftliche Vereinigung; auch

die Vereinigung württ. Augenärzte verfolgt in der Hauptsache rein wissenschaftliche Zwecke, desgleichen

der Verein Stuttgarter Augenärzte, der eine Stuttgarter Spezialistenvereinigung innerhalb des Aerzteverbands, gegründet 1885, ist.

Der Reichsverband Deutscher Aerzte, gegründet 2. Mai 1909, Sitz in Bochum, strebt durch Beeinflussung der Gesetzgebung die Förderung der wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und rechtlichen Stellung des einzelnen Arztes und des ganzen Standes an, usw.

Der Deutsche Apothekerverein, hervorgegangen aus der Vereinigung des Norddeutschen und Süddeutschen Apothekervereins, gegründet 1872, ist eine dem Leipziger Aerzteverband nachgebildete wirtschaftliche Organisation der Apothekenbesitzer Deutschlands; Sitz Berlin. Der Verein hält alljährlich einen „Apothekertag" ab, Organ „Die Apothekerzeitung". In den einzelnen Bundesstaaten sind Kreisvereine errichtet.

In der Bestrebung, sich hinsichtlich einer großen Anzahl von Arzneimitteln, Verbandstoffen usw. von den Grossisten und Fabrikanten unabhängig zu machen und insbesondere auch den Zwischenhandel auszuschließen, hat der Deutsche Apothekerverein eine Handelsgesellschaft deutscher Apotheker („Hageda") und ein Spezialitätenunternehmen des deutschen Apothekervereins („D.A.-V.") gegründet, von denen die Handelsgesellschaft den direkten Bezug der für die Apotheke und das Laboratorium benötigten Mittel usw. besorgen soll, das Spezialitätenunternehmen aber die Rückverlegung der Herstellung sogenannter galenischer Präparate aus der pharmazeutischen oder chemischen Fabrik ins Apothekerlaboratorium bezweckt. Zur Herstellung seiner Erzeugnisse, die er mit besonderen Warenzeichen als „D.A.-V.-Präparate" geschützt hat, hat er eine besondere Vorschriftensammlung

Digitized by Google

veranstaltet, so daß Gleichmäßigkeit in ihrer Zusammensetzung herrscht. Verschluß des Kartons erfolgt mit besonderer Siegelmarke u. a. m.

Der „Verein zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen Deutscher Apotheker" (von den Apothekern kurz „Wirtschaftsverband" — W.V.D.A. — genannt), Organ „Nachrichten des Vereins zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen deutscher Apotheker" bzw. die „Pharmazeutischen Nachrichten", Erscheinungsort Leipzig, befaßt sich hauptsächlich mit Krankenkassenangelegenheiten.

Dieser Verein hat jetzt auch noch eine Produktions- und Wirtschaftsgenossenschaft „Providea" gegründet, die sich mit der Herstellung und dem Vertrieb von bestimmten Arzneimitteln beschäftigt, sowie den Ein- und Verkauf von Waren und Einrichtungsgegenständen des Apothekenbetriebs besorgt.

Dem württ. pharmazeutischen Landesverein, 1876 vom Kgl. Ministerium des Innern eingeführt, gehören die meisten Apotheker Württembergs an; er ist zur Vertretung der gemeinsamen Interessen der württ. Apotheker bestimmt und in der Hinsicht als Organ des Apothekerstandes staatlicherseits offiziell anerkannt. Weiterhin verfolgt er wirtschaftliche Tendenzen und gliedert sich darin dem Deutschen Apothekerverein als Landesvertretung (Kreisverein) an. Sitz Stuttgart. Organ ist die „Süddeutsche Apothekerzeitung", Erscheinungsort Stuttgart.

Er gliedert sich wieder in sogenannte „Kränze", die die Lokalvertretung der Apotheker darstellen; der größte davon ist der von Groß-Stuttgart, der sich „Verein der Apotheker Stuttgarts und Umgebung" nennt und im Vereinsregister eingetragen ist.

Der „Verband Deutscher Apotheker" umfaßt vorwiegend die Angestellten (Gehilfen usw.) in den Apotheken; er führte früher den Namen „Verband konditionierender Apotheker". Der Verband, gegründet 17. Juli 1904, Sitz Leipzig, erstrebt die reichsgesetzliche Regelung der Apothekenkonzessionen, Standesordnung und Ehrengerichtsbarkeit für die Gehilfen usw.; Organ „Zentralblatt für Pharmazie", Erscheinungsort Nürnberg.

Zu erwähnen ist hier auch noch die „Concordia medica" (Sitz der Zentralstelle in Erfurt), ein gewerbliches Unternehmen für Herstellung von Arzneien, dessen Ueberschuß einer ärztlichen Unterstützungskasse zufließen soll. Die Concordia medica, die sich als „Standeseinrichtung zur Hebung des ärztlichen Fürsorgewesens" bezeichnet, vermittelt unter anderem auch den Bezug von Möbeln, Kleidungsstücken und derartigem für Aerzte, Apotheker usw.

Auch die Zahnärzte und Zahntechniker (Dentisten) Deutschlands haben den Aerztevereinigungen nachgeahmte Verbände, und zwar die Zahnärzte einen „Zentralverein deutscher Zahnärzte" E. V. (Sitz Darmstadt), Organ „Monatsschrift für Zahnheilkunde"; mit ihm steht in Verbindung der Wirtschaftliche Verband deutscher Zahnärzte, gegründet 1908, Sitz Berlin, Organ „Zahnärztliche Mitteilungen", Erscheinungsort München.

Für die einzelnen Länder bestehen Unterverbände („Großbezirke"), so für Württemberg, Baden, Hessen-Nassau usw.

Für die Zahntechniker existiert ein „Verband der Dentisten im Deutschen Reich", gegründet 1910, Sitz Berlin, Organ „Zahntechnische Wochenschrift".

In Württemberg ist offiziell als Standesvertretung anerkannt „Die Vereinigung württ. Dentisten E. V.", gegründet 30. Oktober 1888. Die Vereinigung steht im Kartell mit dem „Verband der Dentisten im Deutschen Reich". Sitz in Stuttgart, Organ ebenfalls die „Zahntechnische Wochenschrift".

Ueber die Berufsgenossenschaften, deren es zurzeit 68 gewerbliche und 49 landwirtschaftliche in Deutschland gibt und die ebenfalls aneinander angeschlossen sind durch den „Verband Deutscher Berufsgenossenschaften (Sitz Berlin) erübrigt sich hier weiteres zu sagen, da sie, ebenso wie die Versicherungsanstalten der einzelnen Ländern, für die Krankenversicherung nicht unmittelbar in Betracht kommen.

Erwähnt mögen schließlich noch werden:

Die Arbeitersekretariate, die sich mit „unentgeltlicher Rechtshilfe für die unbemittelten Klassen" befassen und hauptsächlich Auskunft erteilen über die Unfall-, Kranken- und Invalidenversicherung und Berufungsschriften aufsetzen, Entlassungs- und Lohnstreitigkeiten mit ihren Klienten besprechen u. a. m. — Die erste derartige, von den Arbeitern getroffene und unterhaltene Einrichtung war die 1889 vom Nürnberger Gewerkschaftskartell ins Leben gerufene.

Außer den „freien" Gewerkschaften haben auch christliche und Hirsch-Dunckersche Gewerkvereine und Arbeitervereine solche Sekretariate (Volksbureaus).

In Württemberg bestehen namentlich, und zwar sämtlich in Stuttgart: ein Arbeitersekretariat der vereinigten Gewerkschaften, ein evangel. Arbeitersekretariat, ein kathol. Arbeitersekretariat, ein italienisches Arbeitersekretariat; ferner in Kannstatt: ein Arbeitersekretariat deutschen (Hirsch-Dunckerschen) Gewerkvereine usw.

Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen.

Aus der Niederschrift der Verhandlungen des Verbandes der Deutschen Berufsgenossenschaften v. 12. August d. Jahres teilen wir über diesen wichtigen Gegenstand folgendes mit. Der Berichterstatter, Justizrat Dr. Neißer hob hervor, daß eine Regelung dieser sich erst als erwünscht erwiesen habe, nachdem durch die Reichsversicherungsordnung eine Erweiterung der Erstattungspflicht der Krankenkassen bei Frühübernahme des Heilverfahrens gebracht worden sei. Unter der Herrschaft der früheren Gesetzgebung hätten sich die Krankenkassen in der Regel diese Uebernahme des Heilverfahrens gern gefallen lassen, da sie durch solche lediglich eine finanzielle Entlastung erfahren hätten. Nachdem indessen nunmehr durch § 1513 RVO. die Krankenkassen verpflichtet worden seien, als Ersatz für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohns zu erstatten, hätte sich einer Reihe von Krankenkassen eine gewisse Unruhe bemächtigtigt. Obgleich die Berufsgenossenschaften den Standpunkt vertreten, daß sie im großen Durchschnitt durch die Erstattung von drei Achteln des Grundlohns keineswegs eine Bereicherung erfahren, da sie namentlich in den Fällen, in denen bei der Uebernahme des Heilverfahrens Krankenhauspflege gewährt wird, selbst bei Erstattung der drei Achtel keinen ausreichenden Ersatz ihrer Unkosten erhielten, so verkennen sie doch auf der anderen Seite nicht, daß es einzelne Fälle geben könne, in denen der Dreiachtelsatz die tatsächlichen Verauslagungen überwiege, sowie daß einzelne Krankenkassen durch die Erstattung im gesetzlichen Umfange eine drückende Belastung erfahren könnten. Es sei deshalb schon im Frühjahr angeregt worden, eine Verständigung mit den Krankenkassen herbeizuführen und ihnen gewisse Zugeständnisse zu machen. Nachdem sich dann auch das Reichsversicherungsamt der Angelegenheit angenommen und in Verhandlungen mit einzelnen Trägern der Kranken- und Unfallversicherung getreten sei, habe eine vom Geschäftsführenden Ausschuß eingesetzte Kommission am 25. Juni dieses Jahres unter Teilnahme des Herrn Regierungsrats Harbig vom Reichsversicherungsamt Leitsätze für eine vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen ausgearbeitet und diese dem Reichsversicherungsamte mit dem ausdrücklichen Bemerken, daß

Digitized by Google

es sich zunächst um eine für die Berufsgenossenschaften durchaus unverbindliche Privatarbeit der Kommission handle, unterbreitet. Das Reichsversicherungsamt habe dann am 7. Juli 1913 mit Vertretern Deutscher Krankenkassenverbände über diese Vorschläge der Kommission beraten und das Ergebnis dieser Beratungen in Gestalt eines abgeänderten Entwurfes dem Verbande wiederum übermittelt. Die Kommission des Verbandes habe alsdann diese abgeänderten Vorschläge in einer Sitzung vom 11. d. Mts. einer abermaligen Prüfung unterzogen und ihrerseits wiederum eine Reihe von Abänderungen vorgenommen. Dieser Entwurf gehe ebenso, wie der ursprüngliche Entwurf der Kommission, von dem Grundgedanken aus, daß der § 1513 der RVO. nicht eine Quelle der Bereicherung der Berufsgenossenschaften auf Kosten der Krankenkassen sein solle, ebenso, wie umgekehrt der mit dem § 1513 in einem inneren Zusammenhange stehende § 1503 RVO. nicht zu einer Bereicherung der Krankenkassen auf Kosten der Berufsgenossenschaften führen solle. Grundsätzlich sei daher wechselseitig nicht mehr zu erstatten, als tatsächlich für Krankenpflege verausgabt worden sei mit der Maßgabe, daß der gesetzliche Dreiachtelsatz die obere Grenze der Erstattungspflicht darstellen solle. Der Entwurf wolle aber den Krankenkassen noch weiter entgegenkommen. Die Krankenkassen fühlten sich dadurch benachteiligt, daß sie in denjenigen Fällen, in denen sie ihren Aerzten feste Gehälter zahlen oder für ärztliche Behandlung nach bestimmtem Maßstabe zu verteilende Bauschbeträge auswerfen, bei Uebernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften erstattungspflichtig würden, ohne irgendwelche Entlastung zu erfahren. Sie hätten deshalb ihrerseits vorgeschlagen, daß man ihnen das Recht zubilligen möge, in solchen Fällen von dem nachweisbar durch den Einzelfall entstehenden Aufwand der Berufsgenossenschaft gewisse Grundbeträge von vornherein in Abzug zu bringen, die je nach dem bei der Krankenkasse eingeführten Arztvergütungssystem entweder nach dem auf den einzelnen Krankheitsfall oder auf das einzelne Mitglied entfallenden Betrage zu bemessen seien. Die diesseitige Kommission habe sich nun, ungeachtet aller Bedenken, entschlossen, auch diesem, im Gesetze in keiner Weise begründeten Wunsche der Krankenkassen grundsätzlich entgegenzukommen, ohne jedoch die von den den Krankenkassen vorgeschlagene Form der Regelung zu akzeptieren. Es sei nicht angängig, den Umfang des Abzuges im einzelnen Falle von dem bei Krankenkassen bestehenden Arztvergütungssystem abhängig zu machen, zumal nach dem durchschnittlichen Ergebnisse der Krankenkassenstatistik der Grundbetrag pro Krankheitsfall denjenigen pro Mitglied um das Zweieinhalbfache übersteige. Der einzige gangbare Weg, bei dessen Beschreitung auch alle Streitigkeiten im einzelnen Falle vermieden werden würden, sei, einen festen Bauschbetrag für den Abzug festzusetzen, der allenfalls in gewissen Zeitperioden einer Nachprüfung hinsichtlich seiner Höhe unterzogen werden könne. Als solchen abzugsfähigen Bauschbetrag schlägt die Kommission die Summe von 6 M. für einen jeden Fall der Frühübernahme des ambulanten Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft vor. Ausdrücklich sei jedoch zu bemerken, daß dieses Recht zum Abzug nur in den Fällen der Uebernahme des ambulanten Heilverfahrens, nicht aber bei Uebernahme in stationäre Behandlung von den Krankenkassen verlangt und diesseits zugestanden worden sei. Auf Grund dieser Erwägungen sei der Absatz 4 des § 2 des Entwurfes zustande gekommen. Einer Regelung bedurften aber auch diejenigen Fälle, in denen die Berufsgenossenschaft, weil sie ihrerseits feste Einrichtungen zur Durchführung des Heilverfahrens getroffen, etwa Ambulatorien u. dgl. eingerichtet habe, nicht in der Lage sei, einen durch den Einzelfall unmittelbar entstandenen Aufwand nachzuweisen. Auch in diesem Falle empfehle es sich, einen Bauschbetrag festzusetzen, doch müsse er naturgemäß höher bemessen sein, als in dem obigen Falle, weil er nicht nur die Kosten der ärztlichen Behandlung, sondern die gesamten Kosten der Krankenpflege decken solle. Lege man auch hier die Ergebnisse der Krankenkassenstatistik zugrunde, so komme man auf einen Satz von 10 M., wobei freilich unberücksichtigt bleibe, daß sich die berufsgenossenschaftlichen Krankenpflegekosten durchschnittlich wesentlich höher stellten, als diejenigen der Krankenkasse. Selbstverständlich müsse dieser selbe Bauschsatz in dem umgekehrten Falle gelten, in dem die Berufsgenossenschaft gemäß § 1503 Abs. 1 der RVO. der Krankenkasse ersatzpflichtig sei und diese einen durch den Einzelfall unmittelbar entstandenen Aufwand nicht nachweisen könne. Aber auch diesen Bauschbeträgen gegenüber gelte der Dreiachtelsatz des Gesetzes in beiden Fällen als obere Grenze. Endlich hätten die Krankenkassenvertreter in ihrer überwiegenden Mehrzahl rückhaltslos anerkannt, daß die Anwendung der Befugnis der Berufsgenossenschaft aus § 1513 der RVO. im einzelnen Falle an keine andere Voraussetzung geknüpft sei, als die, daß ein Unfall die Krankheit herbeigeführt habe.

Nach eingehender Beratung und Vornahme einzelner Aenderungen wurde beschlossen, den Entwurf in der Fassung der Anlage 1 dem Reichsversicherungsamt als Unterlage für die weiteren Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden zu unterbreiten. Einigkeit herrschte darüber, daß es der einzelnen Berufsgenossenschaft und der einzelnen Krankenkasse, auch bei grundsätzlichem Beitritt zu der Abmachung, unbenommen sei, Ergänzungen oder Abänderungen im einzelnen unter sich zu vereinbaren.

Statistik der Heilbehandlung bei den Trägern der Invalidenversicherung für die Jahre 1907 bis 1912.

Die Statistik des Reichsversicherungsamts über die Heilbehandlung von Versicherten bei den Trägern der Invalidenversicherung auch in diesem Jahre als Beiheft zu den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts bei Behrend & Co. in Berlin W 9, Linkstraße 23/24, erschienen (213 Druckseiten, Preis: 5,50 M). In ausführlichen Vorbemerkungen und in zahlreichen Tabellen gibt das Werk eingehende Auskunft über Umfang, Kosten und Erfolge der Heilbehandlung. Durch das immer umfangreichere Beobachtungsmaterial und die immer vollkommenere Ausgestaltung des Heilverfahrens erhält auch diese Statistik eine immer größere Bedeutung. Ihr Hauptwert liegt auf dem Gebiete der Lungentuberkulose. Die Maßnahmen zur Heilung und Bekämpfung dieser Krankheit werden daher wieder im Vordergrunde der Veröffentlichung stehen. Insbesondere werden nicht nur die für Versicherte und Versicherungsträger gleich wichtigen wirtschaftlichen Erfolge der Heilbehandlung (Festigung der Erwerbsfähigkeit auf eine Reihe von Jahren), sondern auch die medizinischen Erfolge (Veränderung des Krankheitsbildes auf Grund der Turban-Gerhardtschen — Kaiserliches Gesundheitsamt — Stadieneinteilung) dargestellt werden. In einem besonderen Abschnitt werden die zahlreichen eigenen Heilstädten der Versicherungsträger, namentlich ihre Größe, die Höhe der Grunderwerbs-, Bau- und Einrichtungskosten, die Zahl der Betten und ihre Verteilung auf die einzelnen Krankenräume, die Zahl der verpflegten Personen, des Pflegepersonals, die Betriebs- und Pflegekosten, die Gehälter, Löhne und sonstigen baren Aufwendungen für das gesamte Anstaltpersonal usw. eingehend behandelt. Die Vorbemerkungen geben über die Leistungen der Versicherungsträger auf dem Gebiete

Digitized by Google

der allgemeinen Volkswohlfahrtpflege Aufschluß. Dahin gehören beispielsweise die Unterbringung lungentuberkulöser Rentenempfänger in Invalidenheimen und die Einweisung Erholungsbedürftiger in Walderholungsstätten, die Aufwendungen zugunsten der Landkrankenpflege, der Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke und Trunksüchtige, endlich die Förderung des Baues von Heilstätten, Krankenhäusern usw. durch Hergabe von Darlehen zu mäßigen Zinssätzen.

Die diesjährige Statistik befaßt sich eingehender mit den Vor- und Durchgangsstationen für Lungentuberkulöse. Ferner ist der Abschnitt über die Beschäftigung der Pfleglinge in den Heilstätten und Genesungsheimen durch Hereinziehung der Verhältnisse in den privaten, von den Versicherungsträgern vorzugsweise benutzten Heilanstalten ausgestaltet. Außerdem werden die Maßnahmen erörtert, welche in einzelnen Anstaltsbezirken zum Zwecke der Arbeitsvermittlung für die aus Heilstätten entlassenen Pfleglinge getroffen sind. Die der vorjährigen Bearbeitung in Buntdruck beigegebenen beiden Karten über die geographische Lage der von den Versicherungsanstalten errichteten Heilanstalten und Invalidenhäuser und der übrigen Lungenheilstätten und Walderholungsstätten erscheinen in neuer Bearbeitung.

(Gldg.) **Der Geschäftsbericht des Kaiserlichen Aufsichtsamts für Privatversicherung für 1912.**

Aus dem kürzlich zur Ausgabe gelangten Geschäftsbericht des Kaiserlichen Aufsichtsamts für Privatversicherung geht u. a. hervor, daß die beaufsichtigten Unternehmungen 2045 gegenüber 1339 im Vorjahre betrugen. Der starke Zuwachs von 706 Unternehmungen erklärt sich in der Hauptsache daraus, daß im Berichtsjahre infolge Aufhebung des Hilfskassengesetzes gegen 350 eingeschriebene Hilfskassen, sowie infolge der Kaiserlichen Verordnung betreffend die Beaufsichtigung bayrischer privater Versicherungsunternehmungen gegen 300 bayrische Unternehmungen der Reichsaufsicht unterstellt worden sind. Im Jahre 1912 gingen dem Amt in der Gruppe Lebens- und Krankenversicherung 656 Beschwerden gegenüber 316 im Vorjahre zu. Davon entfielen auf 1. große Versicherungsunternehmungen 348; 2. kleine Versicherungsunternehmungen: a) Kranken- und Sterbegeldversicherung 295, b) Sterbegeldversicherung 5, c) Pensionsversicherung 8. Die erhebliche Zunahme der Beschwerden gegen das Vorjahr ist vorwiegend in der erweiterten Zuständigkeit des Amtes begründet, welchem infolge Aufhebung des Hilfskassengesetzes die Aufsicht über eine größere Zahl von Krankenkassen übertragen worden ist. Die Krankenversicherung aber gehöre zu denjenigen Versicherungsgebieten, welche erfahrungsgemäß für Streitigkeiten und Beschwerden einen besonders fruchtbaren Boden bieten sollen. Es wird deshalb angenommen, daß die Zahl der Beschwerden in der Krankenversicherung noch steigen wird, weil die im Laufe des Jahres eingetretene Zuständigkeit des Amtes erst nach und nach in weiteren Kreisen der Versicherten bekannt wird.

Die Ueberführung der früheren eingeschriebenen Hilfskassen in die durch das Reichsgesetz vom 20. Dezember 1911 betreffend die Aufhebung des Hilfskassengesetzes geschaffene neue Rechtslage hat das Aufsichtsamt in erheblichem Umfange beschäftigt. An der Hand der von den Kassen eingeforderten Satzungen und sonstigen für Beurteilung ihres Geschäftsbetriebs dienenden Unterlagen, namentlich der Rechnungsabschlüsse, wird von Fall zu Fall geprüft, welche Anforderungen hinsichtlich der Anpassung ihres Geschäftsplanes an die neuen Vorschriften zu stellen sind. Diese Prüfung hat sich zunächst denjenigen Kassen zugewendet, deren Geschäftsführung als nicht einwandfrei bekannt ist oder sich als solche bei Durchsicht der Satzung und Rechnungsabschlüsse oder durch Vornahme örtlicher Revisionen erweist. Dabei sind Kassen ermittelt worden, bei denen die Verwaltungskosten bis zu 80 % der Beitragseinnahmen ausmachen. Ein ferneres Kennzeichen bedenklicher Geschäftsführung liegt in der Dauer der Wahlperioden der Vorstandsmitglieder, insbesondere des Hauptkassierers, die sich auch bei finanziell schwachen Kassen öfter auf 12, 15 oder noch mehr Jahre, ja sogar auf die Lebensdauer erstrecken. Weiterhin sind als erhebliche, die Interessen der Versicherten verletzende Mißstände zu bezeichnen, daß die Mitglieder nur unter Einhaltung einer unverhältnismäßig langen Kündigungsfrist aus der Kasse ausscheiden können, daß die Satzungen gewöhnlich an unauffälliger Stelle Verwirkungsklauseln enthalten, welche die Kassenleitung in den Stand setzen, sich unter allen möglichen Ausflüchten der Leistungen zu entziehen. Eine Kasse hat sogar an Stelle der Versicherungsleistungen den Mitgliedern Quittungen über zukünftige Beitragszahlungen ausgehändigt. Mehrfach wurde die Wahrnehmung gemacht, daß wenig gewissenhafte Vorstandsmitglieder die Kassen, statt deren Interessen getreulich zu dienen, zum Zwecke eigener Bereicherung unerhört ausgebeutet haben. Zur Beseitigung der angeführten und noch zahlreicher anderer Mißstände werden die Kassen aufgefordert, ihren Geschäftsplan einzureichen. Leisten sie dieser Aufforderung nicht Folge, so hat das Amt zu prüfen, ob es auf Grund des § 67 AVG. zu einer Untersagung des Geschäftsbetriebes gelangen kann. Zu wiederholten Malen hat das Amt hiervon bereits Gebrauch gemacht. Im Gegensatz zu den sog. „Schwindelkassen" steht nach dem Geschäftsbericht des Kaiserlichen Aufsichtsamts die überwiegende Mehrzahl der übrigen, insbesondere der beruflich organisierten Kassen, deren Geschäftsführung im allgemeinen eine gute ist und gegen deren Weiterbestehen keine Bedenken zu erheben sind. Diesen Kassen hat das Aufsichtsamt bei Anpassung an die neuen Rechtsverhältnisse mit Rat zur Seite gestanden. Was die Entscheidung der Fragen, welche Anforderungen für die Zulassung als Ersatzkasse und an die Krankenordnung zu stellen sind anbetrifft, so bleibt diese Erledigung den zuständigen Behörden — Reichsversicherungsamt und Versicherungsämtern — vorbehalten.

Weiter ergibt sich aus dem Geschäftsbericht, daß bei privaten Krankenversicherungs-Aktiengesellschaften mehrfach das Bestreben zutage trat, auch auf dem Gebiete der öffentlichen Versicherung Boden zu gewinnen, indem diese Unternehmungen die Erfüllung der von den Arbeitgebern ihren Angestellten oder Arbeitern gemäß § 3a Abs. 1 Ziff. 2 KVG. im Wege sog. „Hausversicherung" eingeräumten Rechtsansprüche übernahmen und damit eine Art von Ersatzversicherung für die öffentliche Krankenversicherung einrichteten. Nach dem § 3a KVG. sind die bei einem privaten Arbeitgeber beschäftigten Personen zu dem Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht berechtigt und ihrem Antrage muß von dem Vorstande der Krankenkasse oder der zuständigen Aufsichtsbehörde stattgegeben werden, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Nach dem vollen Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung wird hier die Rechtslage auch eine wesentlich andere. Während bisher also jede bei beliebigen privaten Arbeitgebern beschäftigte Person befreit werden konnte, ist nunmehr mit einigen Ausnahmen eine Befreiung nur noch möglich für Personen, die in Betrieben oder im Dienste nichtöffentlicher Körperschaften beschäftigt sind (§ 171 RVO.). Der Antrag kann nach neuem Recht nur von dem Arbeitgeber gestellt werden und die oberste

Digitized by Google

Verwaltungsbehörde des einzelnen Bundesstaats befindet nach freiem Ermessen über die Befreiung.

Zum Schluß sei noch kurz auf das Versicherungsgesetz für Angestellte hingewiesen. Durch das Inkrafttreten dieses Gesetz mit dem 1. Januar 1913 soll den von Firmen für ihre Angestellten errichteten Pensionskassen das Fortbestehen in der alten Form zum Teil sehr erschwert, zum Teil auch unmöglich gemacht worden sein, da die Angestellten, wie in vielen Fällen auch die Firmen, nicht in der Lage sind, neben den an die Reichsanstalt abzuführenden Beiträgen auch noch die für die bisherigen Kassenleistungen erforderlichen Mittel aufzubringen. Gleichwohl ist in den meisten Fällen versucht worden, die den Angestellten aus ihrem bisherigen Versicherungsverhältnis erwachsenden größeren Vorteile, sei es, daß diese in höheren Rentenansprüchen, sei es, daß sie in kürzerer Bemessung der Wartezeit bestanden, nach Möglichkeit zu erhalten, indem die Pensionskasse in eine Ergänzungs- (Zulage-) Kasse umgewandelt wurde.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Abonnenten an dieser Stelle grundsätzlich unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder zivilrechtliche Haftung für die Auskünfte wird nicht übernommen. Ist die Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere sachverständige Prüfung und Begutachtung erforderlich oder wird ausdrücklich schriftliche Auskunft erbeten, so wird der Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten. — Wir bitten dringend, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern, also nicht in Verbindung mit Bestellungen usw., an uns zu richten und deutlich zu schreiben.

Zur Anwendung des neuen Rechts auf die nach bisherigen Rechte der Kasse Beigetretenen oder Weiterversicherten. — Grundlohn für freiwillig Beitretende. — Auch wo eine Krankenordnung bereits besteht, ist nach § 347 RVO. zu verfahren.

1. Nach Köln a. Rh. Antwort: a) Die Vorschrift der Satzung, daß freiwillig Beigetretene kein Krankengeld erhalten (§ 215 Abs. 2 RVO.), gilt vom 1. Januar 1914 ab auch für die schon vorher Beigetretenen. Für diejenigen aber, die beim Inkrafttreten des neuen Rechts bereits krank sind, sind die Leistungen noch nach dem bisherigen Rechte zu bemessen (vgl. Art. 30 Einf.Gef). Für freiwillig Weiterversicherte gilt § 215 Abs. 2 überhaupt nicht.

b) Das Recht, gemäß § 313 Abs. 1 Satz 2 (§ 3 Abs. 7 ihrer Satzung) in eine niedere Lohnklasse überzutreten, steht auch denjenigen zu, die vor dem 1. Januar 1914 von dem Rechte der Weiterversicherung Gebrauch gemacht und die Versicherung aufrecht erhalten haben. Für freiwillig Beigetretene gilt das nicht.

c) Daß die Satzung den Grundlohn für freiwillig Beigetretene bestimmen, also z. B. den Ortslohn für maßgebend erklären kann, gilt nur für solche, für die sich kein durchschnittlicher Tagesentgelt oder wirklicher Arbeitsverdienst ermitteln läßt (§ 180 Abs. 5 verglichen mit Abs. 1, 2, 4). Im Falle der Anfrage gilt es also nicht.

d) Das Gesetz fordert vom 1. Januar 1914 ab, zwingend, daß die Meldung und Ueberwachung der Kranken sowie ihr Verhalten durch eine vom Ausschuß zu erlassende und vom Versicherungsamt zu genehmigende Krankenordnung zu regeln sind (§ 347). Dies muß daher auch da beobachtet werden, wo schon bisher eine Krankenordnung bestand.

Verteilung der Vertreter im Ausschuß der Kasse bei Wahl nach Abteilungen.

2. Nach Sondershausen. Antwort: Die Fassung des § 79 Abs. 12 der Mustersatzung für Ortskrankenkassen ist verfehlt, weil sie bei Ermittlung der in jedem Bezirk zu wählenden Zahl von Vertretern das Verhältnis der Gesamtzahlen der „Wähler", also der Versicherten und ihrer Arbeitgeber zugrunde legt, statt die Zahl für jede dieser beiden Gruppen besonders zu ermitteln. Das Beispiel in den Erläuterungen zu § 79 zeigt deutlich, wie verkehrt die dort befolgte Methode ist. Keine der dort ermittelten Zahlen ist ohne Rest durch 3 teilbar, und es bleibt daher ganz unklar, wieviele von den in jedem Bezirke zu wählenden Vertretern Arbeitgeber und wieviele Versicherte sein sollen. Die Satzungsvorschrift würde ungefähr so gefaßt werden müssen: „Die Zahl der in jedem Bezirke zu wählenden Vertreter bemißt sich für die Versicherten nach dem Verhältnis der (auf volle 100 abgerundeten) Gesamtzahlen der in den einzelnen Bezirken vorhandenen Wahlberechtigten, und für die Arbeitgeber nach dem Verhältnis der (auf volle 30 abgerundeten) Gesamtzahlen der ihnen in den einzelnen Bezirken zustehenden Stimmen."

Mit Ihrer, der Mustersatzung nachgebildeten Vorschrift ist praktisch nichts anzufangen, wenn man sie nicht so auslegt, daß die Vertreterzahl für jeden Bezirk, getrennt für Arbeitgeber nach der Zahl ihrer Stimmen und für die Versicherten nach der Zahl der Wahlberechtigten, ermittelt wird.

Bei Schließung der Gemeindekrankenversicherung mit Ablauf des Jahres 1913 gilt für schwebende Ansprüche § 212 RVO., nicht Art. 30 Einf.Gef.

3. Nach Rathenow. Antwort: Bei Schließung der Gemeindekrankenversicherung kommt für die schwebenden Unterstützungsfälle die Anwendung des Art. 30 Einf.Gef. z. RVO. nicht in Frage. Denn diese Vorschrift regelt nur den Fall, daß die Leistungspflicht „der" Kasse, d. h. derselben Kasse, die bisher verpflichtet war, fortdauert. Dieser Fall liegt nicht vor, da die Gemeindeversicherung mit Ablauf des Jahres 1913 geschlossen wird und die Versicherten zur Land- oder Ortskrankenkasse übergehen. Diese Kassen haben daher nach § 212 RVO. die weitere Leistung nach ihrer Satzung zu gewähren, gleichviel ob der Versicherte dabei günstiger oder ungünstiger steht als bei der Gemeindekrankenversicherung.

Verteilung der Vertreter bei Wahl nach Abteilungen.

4. OKK. L. Antwort: Wir sind nicht der Meinung, daß im letzten Abs. des § 97 der (erweiterten) Mustersatzung das Wort „Wähler" irriger Weise für „Versicherte" steht, daß also bei Bemessung der Zahl der Vertreter in den einzelnen Bezirken oder Berufsgruppen auch die nicht wahlberechtigten Versicherten, insbesondere die Minderjährigen, mit berücksichtigt werden müssen. Der Sinn der Wahlberechtigung ist doch der,

Digitized by Google

daß dem einzelnen ein gewisses Maß des Einflusses auf die Zusammensetzung der Kassenorgane zustehen soll. Wer nicht wahlberechtigt ist, soll einen solchen Einfluß nicht ausüben dürfen. Diesem Gedanken wird man da, wo in Abteilungen gewählt wird, nur gerecht, wenn man bei Verteilung der Vertreter auf die einzelnen Abteilungen nur die Zahl der in jeder Abteilung vorhandenen Wähler (nicht die Zahl der Versicherten mit Einschluß der nichtwahlberechtigten) in Betracht zieht.

Uebergang freiwilliger Mitglieder geschlossener Krankenkassen.

5. Nach Eisleben. Antwort: Die Mitglieder der Kassen, die mit Ablauf des Jahres 1913 geschlossen werden, haben, soweit sie bisher freiwillig versichert waren, das Recht auf Mitgliedschaft bei der neuen zuständigen Kasse, also bei der allgemeinen Ortskrankenkasse, und setzen, wenn sie davon Gebrauch machen, dadurch ihr bisheriges Versicherungsverhältnis unmittelbar fort. So steht es ausdrücklich im § 300 RVO. Ein neuer „Beitritt" ist also nicht erforderlich, und es kann daher kein bisher freiwillig Versicherter wegen Ueberschreitens der Altersgrenze oder wegen seines Gesundheitszustandes (§§ 176, 310) zurückgewiesen werden. Die Ausübung des Rechts aus § 300 erfolgt einfach dadurch, daß das Mitglied die Beiträge, wie bisher an die alte Kasse, so vom 1. Januar ab an die neue (selbstverständlich nach deren Statut) weiterzahlt und bei der ersten Zahlung Grund und Zweck derselben angibt. Näheres bei Hahn, Handb. der Krankenversicherung Anm. 2 und 3 zu § 289 S. 388.

Arbeitsverhältnis zwischen einer Krankenschwester und dem Krankenhause oder dem Diakonieverein?

6. Nach K. Antwort: Die Versicherungspflicht der Schwestern unterliegt im vorliegendem Falle keinem Zweifel, und es kann nur in Frage kommen, ob als ihr Arbeitgeber die Krankenkasse, in deren Krankenhaus sie beschäftigt sind, oder der Diakonieverein anzusehen ist, dem die Schwestern angehören und von dem sie dem Krankenhause zur Beschäftigung überwiesen sind. Die Frage kann nur nach den besonderen Verhältnissen des einzelnen Falles beurteilt werden. Wir verweisen auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamts in Arb-Versorgg. 1910 S. 746. Dort wurde die Vereinsleitung als die eigentliche Arbeitgeberin angesehen, da die Schwestern auch in den einzelnen Arbeitsverhältnissen in weitgehendem Maße von der Vereinsleitung abhingen und ihr u. a. auf vier Jahre verpflichtet waren. Im vorliegenden Falle ist das Verhältnis viel mehr als Dienstverhältnis zwischen der Schwester und dem Krankenhause gestaltet, wobei der Verein im wesentlichen nur als Vermittler in Betracht kommt. Namentlich ist von Wichtigkeit, daß die Schwester nicht wider ihren und wider des „Arbeitgebers" (des Krankenhauses) Willen vom Verein abberufen werden kann, daß ihr dagegen wie dem Arbeitgeber vierteljährliche, beiderseits an den Verein zu richtende Kündigung zusteht, und daß die Krankenhausverwaltung zwar die bare Besoldung an den Verein zahlt, dagegen der Schwester umfassende Sachleistungen direkt gewährt und auch die Lasten der Sozialversicherung ausdrücklich übernommen hat. Demgegenüber ist es ohne Bedeutung, daß von dem baren Gehalt die Schwester nur einen Teil erhält. Der Abzug rechtfertigt sich durch die vermittelnde Tätigkeit des Vereins und durch ideelle Vorteile, die er den Schwestern gewährt. Demnach sehen wir das Krankenhaus als Arbeitgeber an.

Keine Auseinandersetzung zwischen Krankenkassen infolge einer Entscheidung über die Kassenzugehörigkeit nach § 57 KVG., 258 RVO.

7. Nach Liegnitz. Frage: Eine für die Handwerkerbetriebe einer Stadt errichtete Ortskrankenkasse ist als besondere Ortskrankenkasse im Sinne des § 239 RVO. zugelassen worden. Es stellte sich heraus, daß die Kasse zu Unrecht bisher die Handwerkslehrlinge nicht aufgenommen hatte. Die Lehrlinge sollen nun von der Allgemeinen Ortskrankenkasse, der sie jetzt fälschlicherweise angehören, der besonderen Ortskrankenkasse überwiesen werden. Hat zwischen den beiden Kassen eine Auseinandersetzung im Sinne des § 293 in Verbindung mit § 298 RVO. zu erfolgen?

Antwort: Es handelt sich um eine auf Grund des § 57 b KVG. oder nach dem 31. Dezember 1913 auf Grund des § 258 RVO. zu treffende Entscheidung. Dies ist weder nach dem alten noch nach dem neuen Recht ein Fall, in welchem eine Auseinandersetzung stattzufinden hätte. Die Vorschrift in § 298 RVO. darf nicht auf andere als die dort aufgeführten Fälle bezogen werden. Vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. Anm. 1 a zu § 298 S. 402, 403.

Zu § 13 Abs. 3 RVO.

8. Nach O. Antwort: Der Direktor der städtischen Betriebe ist nach § 13 Abs. 2 RVO. wählbar. Der Abs. 3 des § 13 steht nicht entgegen. Das Versicherungsamt ist allerdings eine Abteilung der Stadtverwaltung in ihrer Eigenschaft als untere Verwaltungsbehörde; aber diesem Amt, das die Aufsicht über die Krankenkassen führt, gehören als beamtete „Mitglieder" nur der Vorsitzende und die ständigen Stellvertreter des Vorsitzenden des Versicherungsamts an (§ 39). Daß der Direktor der städtischen Betriebe etwa zu diese gehöre, können wir nicht ersehen.

Doppeltes Wahlrecht einer Person in der Krankenversicherung

9. Nach Meißen. Frage: Ein Versicherter ist Mitglied einer Betriebskrankenkasse, er beschäftigt aber ein Hausmädchen, infolgedessen er als Arbeitgeber bei der Ortskrankenkasse zählt. Nach § 14, Abs. 2 RVO. ist er nur den Versicherten zuzurechnen. Bei der Wahl ist die Frage aufgeworfen worden, ob er als Arbeitgeber bei der Ortskrankenkasse wählen könne, da zwei Kassen in Frage kommen?

Antwort: § 14 Abs. 2 RVO. gilt unzweifelhaft nur für diejenigen Fälle, in denen der Arbeitgeber bei derselben Kasse versichert ist, wie sein Arbeitnehmer. Denn nur dann kann es fraglich sein, ob er bezüglich des passiven Wahlrechts als Versicherter oder als Arbeitgeber zu betrachten sei. Handelt es sich aber um zwei verschiedene Kassen, so ist er für diejenige, bei der er als Arbeitnehmer versichert ist, eben Arbeitnehmer, dagegen für die andere, bei der sein Arbeitnehmer versichert ist, Arbeitgeber; er kann dann bei beiden Kassen gewählt werden. Uebrigens wird angenommen, daß § 14 Abs. 2 RVO. sich nur auf die Wählbarkeit beziehe, so daß ein Arbeitgeber bei ein und derselben Kasse unter Umständen zugleich als solcher und als Versicherter, also doppelt wählen könne (vgl. Hahn, Krankenversicherung, Anm. 2 Abs. 2 zu § 14).

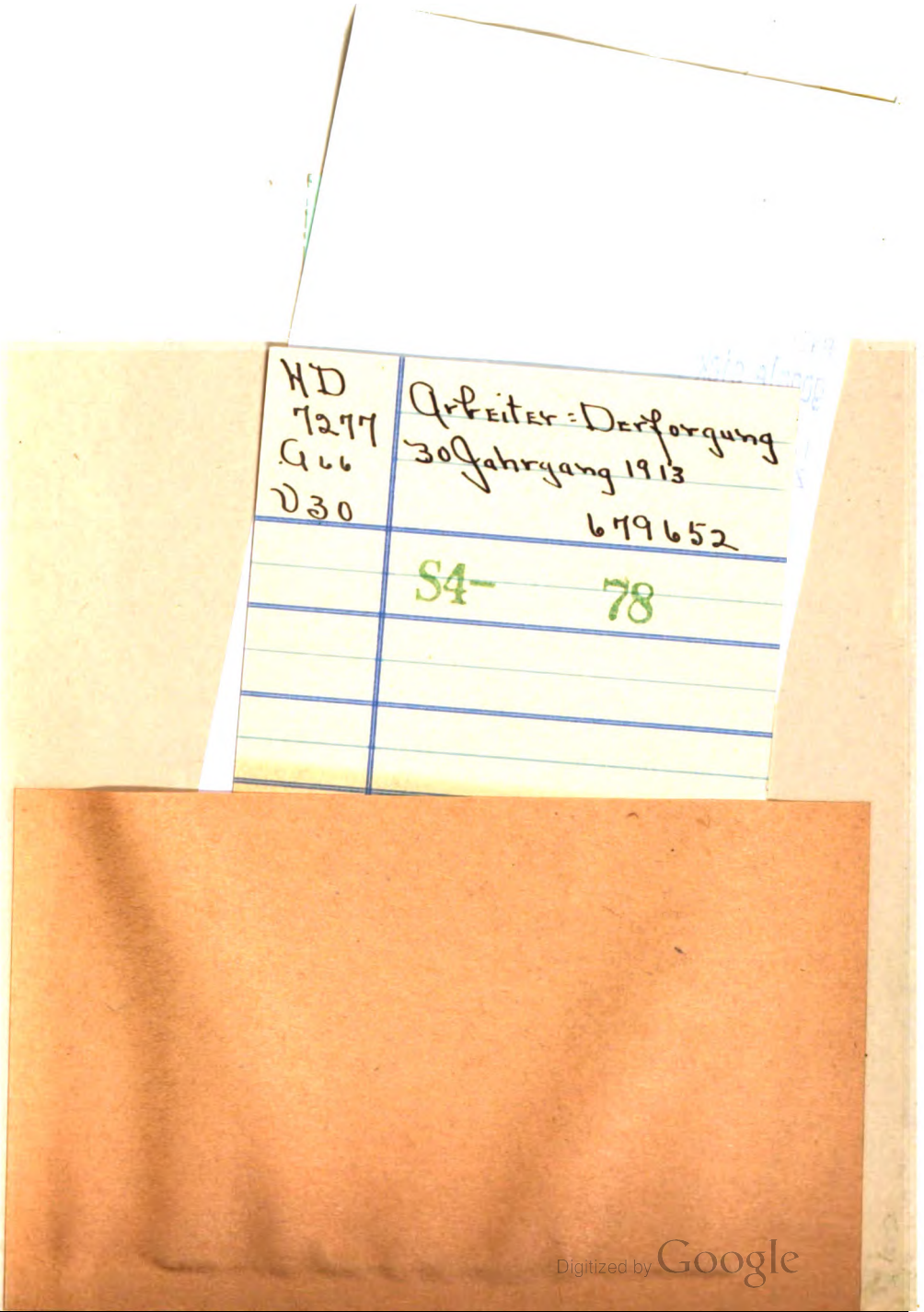
Für die Redaktion verantwortlich: A. Troschel, Berlin-Lichterfelde, Bellevuestr. 44 b.
Druck von C. Schulze & Co., G. m. b. H., Gräfenhainichen.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

S4- 78



Digitized by Google

UNIVERSITY OF CHICAGO
097 344 160

Digitized by Google